

Cadre réservé au gestionnaire de cas

Date de réception : ____/____/____

Date d'inclusion ou de non inclusion : ____/____/____

Numéro de dossier : _____

Fiche d'orientation en gestion de cas

MODE D'EMPLOI

La gestion de cas concerne les **personnes âgées de 60 ans et plus, vivant à domicile, dont la situation est complexe** et nécessite un suivi rapproché et durable. (Cf. critères de complexité de la gestion de cas p.2).

Si la demande de prise en charge concerne chaque membre d'un couple, remplir 2 fiches d'orientation.

Pour être traitée, la partie sur les droits et le consentement du patient doit obligatoirement être renseignée (p3).

RAPPEL : 1. L'orientation ne doit pas se faire lors d'une situation médicale aiguë ou de crise. 2. Un simple renforcement des aides n'est pas suffisant pour mobiliser un gestionnaire de cas

→ Envoyer les demandes à la MAIA concernée via une messagerie sécurisée :

→ Territoire d'intervention des MAIA : CF. Site internet d'Apport Santé - www.apport-sante.org

MAIA DU PAYS SALONNAIS : maia.pays.salonais@orange.fr – Tél : 04 90 17 40 66

MAIA OUEST ETANG DE BERRE : gestiondecas.maia@ch-martigues.fr – Tél : 04 42 43 21 64

MAIA PAYS D'ARLES RHÔNE DURANCE : gestiondecas.alpages@gmail.com – Tél : 04 90 92.60 05

MAIA PAYS D'AIX ET DE PERTUIS : maiapaysdaix@apport-sante.org – Tél : 04 42 642 642

MAIA DES ALPES DE HAUTE PROVENCE : coordination@apport-sante.org – Tél : 04 92 36 36 36

SERVICE/ PROFESSIONNEL ETABLISSANT LA DEMANDE

Date de l'orientation :

Organisme/ Service :

Nom/ Prénom :

Profession :

Téléphone :

Mail :

PERSONNE ORIENTEE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : H F

Nom de jeune fille :

Téléphone :

N° de sécurité sociale :

Adresse :

Situation familiale : Marié (e) Célibataire Veuf/veuve Divorcé (e)

Vit seul (e) : Oui Non Si non, avec qui :

Enfant (s) : Oui Non Si oui, nombre :

1 : Nom/ Prénom/ Coordonnées :

1 : Nom/ Prénom/ Coordonnées :

Entourage (familial, amical, voisinage...) :

Nom, Statut :

Coordonnées :

Personnes ressources à contacter en priorité :

Nom :

Prénom :

Lien avec la personne :

Coordonnées :

INTERVENANTS PROFESSIONNELS

Cocher les professionnels intervenant sur la situation	Prénom et nom	Téléphone et/ou mail	Contacté pour le recueil d'info.
<input type="checkbox"/> Médecin traitant			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Médecin spécialiste principal			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Infirmiers libéraux <input type="checkbox"/> SSIAD			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Service d'aide à domicile			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Service APA			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Mandataire de justice			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Autre :			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SITUATION DU PATIENT	
LES CRITERES	LES ALERTES
1. Situation instable compromettant le maintien à domicile si : Problème d'autonomie fonctionnelle	<input type="checkbox"/> La ou les pathologies ont un retentissement sur les actes de la vie essentiel (se nourrir, se vêtir, se laver, se transférer, aller aux toilettes).
	<input type="checkbox"/> La ou les pathologies ont un retentissement sur les actes de la vie domestique et sociale (faire les courses, le ménage, prendre ses médicaments, utiliser le téléphone)
	<input type="checkbox"/> Les difficultés de la personne à prendre elle-même en charge les actes de la vie quotidienne sont récentes ou intermittentes
Et problème relevant du champ médical	<input type="checkbox"/> Absence ou irrégularité du suivi médical
	<input type="checkbox"/> Etat pathologique ou multi-pathologique diagnostiqué ou probable ayant des répercussions sur la vie quotidienne
	<input type="checkbox"/> Perception de son propre état de santé en inadéquation avec l'état de santé réel
	<input type="checkbox"/> Autre :
Et problème d'autonomie décisionnelle	<input type="checkbox"/> Troubles cognitifs et/ou altération du discernement
	<input type="checkbox"/> Difficultés de gestion administrative et financière
	<input type="checkbox"/> Risque ou suspicion d'abus, de maltraitance
	<input type="checkbox"/> Autre :
2. Aides et soins insuffisants ou inadaptés	<input type="checkbox"/> Refus d'aide et de soins
	<input type="checkbox"/> Epuisement des professionnels
	<input type="checkbox"/> Manque ou absence de services en place
	<input type="checkbox"/> Perte d'accès aux droits et/ou précarité économique
	<input type="checkbox"/> Autre :
3. Pas d'entourage proche en mesure de mettre en place et coordonner les réponses aux besoins	<input type="checkbox"/> Isolement problématique
	<input type="checkbox"/> Absence ou épuisement de ou des aidant (s)
	<input type="checkbox"/> Fragilité du lien, conflits avec l'entourage de la personne
	<input type="checkbox"/> Déni ou incompréhension de l'entourage par rapport à la maladie
	<input type="checkbox"/> Autre :
MOTIF DE L'ORIENTATION / PRESENTATION DE LA SITUATION (A compléter)	

A votre connaissance, quelles ont été les étapes de l'accompagnement de la personne jusqu'à présent ?

A votre connaissance, quel est le projet de vie de la personne et/ou de la famille ?

RAPPEL DU CADRE LEGAL CONCERNANT LE PARTAGE D'INFORMATION

Evolution du cadre juridique **la loi n°2015-1776 du 28 /12/ 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement :**

Art 77 .2 : *Les professionnels prenant en charge une personne âgée dans le cadre de MAIA sont tenus au secret professionnel*

Art 77.2. Alinéa 2 : *Ils peuvent échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, dans les conditions prévues à l'article L.1110-4 du code de la santé publique. Lorsqu'ils comportent parmi eux au moins un professionnel de santé, ils sont considérés comme constituant une équipe de soins*

Art 77.2 alinéa 3 : *Le représentant légal ou à défaut la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du même code, est compétent pour consentir aux échanges d'information ou s'y opposer lorsque la personne concernée est hors d'état de le faire.*

INFORMATISATION ET PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Dans le cadre d'une inclusion en gestion de cas, les données du patient seront informatisées. Cette informatisation a fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Le règlement n°2016/679, dit règlement général sur la protection des données (RGPD), en vigueur depuis le 25 mai 2018, renforce et unifie la protection des données pour les individus au sein de l'Union européenne. On entend par données à caractère personnel, toute information identifiant directement ou indirectement une personne physique (ex. nom, n° d'immatriculation, n° de téléphone, date de naissance, adresse...).

Conformément au Règlement européen concernant la protection des données, le patient dispose de droits sur les données personnelles le concernant (accès, modification, suppression, limitation de traitement, portabilité des données).

Je soussigné(e)

atteste que le patient, sa personne de confiance désignée ou son

représentant légal a été informé :

- De l'orientation vers la gestion de cas,
- Du partage entre professionnels des informations nécessaires,
- De ses droits sur ses données personnelles,
- De sa possibilité de retirer son consentement à tout moment,

et a donné son accord.

Signature du professionnel orientant :