Formulaire d'analyse multidimensionnelle et d'orientation – FAMO

Demande de : NOM Prénom (lien /fonction/structure/coordonnées) : Date : .....

.....

Adressée à : .....

Coordonnées (* : informations obligatoires)

***NOM** d'usage .....de naissance (si différent) * ..... ***Prénom :**.....

Date de naissance :** .....Lieu de naissance :** ..... **Téléphone :** .....

Adresse (bât, ét.,code…) **:** .....

Lieu de vie : ☐domicile personnel ☐foyer logement ☐hébergé.e par .....

Entourage : ☐ seul.e ☐ en couple ☐ en famille : .....

☐Présence d'un animal de compagnie : .....

Consignes pour le contact : (malentendante, horaires d'appel, pas de téléphone, langue) .....

La personne a été informé du partage d'information la concernant ☐

Alertes

Santé

□ Absence de suivi médical
□ Hospitalisations répétées (Lieu) : .....
□ Modification du poids : + ...ou - .....
□ Problèmes sensoriels (vision, audition…)
□ Problèmes de comportement (agitation, repli sur soi...)
□ Pertes de mémoire, confusion
□ Douleurs
□ Chutes, pertes de l'équilibre
Autre : .....

Autonomie

□ Altération dans les actes essentiels
(se laver, se vêtir, aller aux toilettes, se déplacer, être continent, se nourrir)
□ Altération dans les activités de la vie domestique
(faire les courses, préparer les repas, faire le ménage, gérer le linge, gérer le budget, utiliser le téléphone et autres moyens de communication, utiliser les transports)
□ Difficultés dans la prise de décision
(donner l'alerte, élaborer un projet de vie, repérer les dangers, gérer seul l'administratif, décision inadaptée à la gestion quotidienne..)
Autre : .....

Environnement matériel

□ Pas de logement
□ Habitat inadapté à la pathologie ou à l'âge
□ Logement infesté ou encombré
Autre : .....

Commentaires libres (demande exprimée par le demandeur et le bénéficiaire) :

Environnement humain

□ Absence d'aide professionnelle
□ Absence, perte ou épuisement des aidants
□ Refus d'aide ou d'intervention de professionnels
□ Ressenti de solitude
□ Risque ou suspicion d'abus ou de maltraitance ou violence intrafamiliale
Autre : .....

Cercle de soins connu (coordonnées, fréquence de passage)
Médecin traitant : .....

IDEL ou SSIAD : .....
SAAD ou AVS : .....
Mandataire judiciaire : .....
Autre : .....

Situation administrative et financière

□ Précarité financière
□ Absence, perte ou difficulté d'accès aux droits sociaux ou de santé

Autre : .....
.....

Droits ouverts (préciser les droits, volumes, si en cours…)
APA : .....
MDPH : .....

Sécurité sociale : .....

Titre de séjour : .....

Autre : .....

Version test sept 2020 à l'usage de l'ensemble des professionnels – créée par