

Formulaire d'analyse multidimensionnelle et d'orientation - Paris

Date : _____ **La personne concernée a été informée de la transmission d'informations :** oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

Professionnel ou acteur qui établit l'analyse multidimensionnelle

Nom structure : _____ Type structure : _____
 Nom demandeur/qualité : _____ Service : _____
 ☎ : _____ 📠 : _____ @ : _____

Identification de la personne concernée

Civilité : _____ Nom : _____ Prénom : _____
 Né(e) le : _____ Âge : _____ ans Nom de naissance : _____
 Adresse : _____ 75 PARIS Étage : _____
 Bât/Hall/Porte/Esc : _____ Code(s) : _____
 ☎ : _____ / @ : _____

Demande exprimée par la personne (ou son représentant)

Personne ressource à contacter

personne à l'origine de la demande : oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

Lien (professionnel, famille, voisinage, tuteur...) : _____
 Nom : _____ Prénom : _____ Code postal : _____
 ☎ : _____ / @ : _____

Médecin traitant

oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐ médecin informé de la demande : oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

Nom : _____ Prénom : _____ Code postal : _____
 ☎ : _____ / @ : _____

Professionnel(s) / Structure(s) / Service(s) intervenant(s) connu(s)

Type de structure	Nom du professionnel / structure / service / téléphone	En place ou en cours

Analyse Multidimensionnelle

- ☐ « **Domaine de la santé** » (physique et psychologique)
- ☐ Absence de suivi médical (avec ou sans médecin traitant)
 - ☐ Mauvais état de santé et/ou épuisement ressenti par la personne (plainte exprimée...)
 - ☐ Symptômes physiques (essoufflement même au repos, pertes d'équilibre, chutes, plaies, baisse de la mobilité...)
 - ☐ Troubles cognitifs (problèmes de mémoire, d'orientation dans le temps et/ou de l'espace, déni de la maladie...)
 - ☐ Troubles du comportement (dérèglement, agressivité, repli sur soi, désinhibition...)
 - ☐ Troubles nutritionnels (perte ou prise de poids, d'appétit, difficultés à se nourrir...)
 - ☐ Troubles psychiques (anxiété, tristesse, troubles de l'humeur, idées suicidaires, troubles du sommeil, sentiment de persécution, idées délirantes...)
 - ☐ Troubles sensoriels (baisse de la vue, de l'ouïe, du goût, de l'odorat...)
- ☐ « **Domaine de l'autonomie fonctionnelle** » (vie quotidienne)
- ☐ Problèmes dans les actes essentiels de la vie (se nourrir, se vêtir, se laver, se déplacer, aller aux toilettes)
 - ☐ Problèmes dans les activités de la vie domestique (courses, ménage, préparation des repas, gestion du linge, des médicaments, des moyens de com...)
 - ☐ Problèmes dans les activités quotidiennes (baisse ou arrêt des activités personnelles, professionnelles, de loisirs...)

☐ « **Domaine familial et environnemental - Sécurité individuelle** »

- ☐ Épuisement et/ou incapacité de l'aidant (manque de temps personnel, difficultés à suivre les aides en place...)
- ☐ Isolement problématique (décès de l'aidant, changement brutal du contexte de vie, absence ou fragilité du lien : famille, entourage, voisin...)
- ☐ Problématique compromettant le maintien à domicile (projet d'institution non partagé, cohabitation difficile...)
- ☐ Risque ou suspicion d'abus, de maltraitance (physique ou psychologique, négligence...)
- ☐ Refus d'aide et de soins (de la personne ou de son entourage)
- ☐ Difficultés de communication (ne parle pas/plus le français, ne le comprends pas/plus, ne le lit pas/plus...)

☐ « **Domaine de l'habitat** »

- ☐ Habitat inadapté (SDB, WC inadaptés, mobilier inadapté et/ou détérioré avec risques de chutes et/ou d'accidents domestiques : gaz, tapis, escalier...)
- ☐ Insalubrité/ vétusté/ appartement encombré
- ☐ Problème d'accessibilité du logement (pas d'ascenseur...)
- ☐ Risque d'expulsion, mesure d'expulsion en cours

☐ « **Domaine des aspects économiques et/ou administratifs** »

- ☐ Difficultés/incapacité dans la gestion courante (ne trie plus les papiers, plus d'argent liquide au domicile, factures impayées, carte de retrait invalidée...)
- ☐ Perte ou difficulté d'accès aux droits
- ☐ Précarité économique (endettement, manque de ressources, budget déséquilibré...)

Motif A : **Motif(s) de l'orientation / problématique(s) repérée(s)**

Motif B :

Motif C :

Commentaires :

Professionnel(s) / Structure(s) / Service(s) destinataire(s) de la demande

Motifs	Type de structure	Nom du professionnel / structure / service / téléphone
A		
B		
C		

CADRE RESERVE AU DESTINATAIRE POUR LA REPONSE

Retour d'information au professionnel ou acteur demandeur

Date : Nom structure/service :

Orientation : Validée ☐ Invalidée ☐ En attente ☐ Motif :

Intervention envisagée le /à compter du :

Par (nom et fonction du professionnel) :