

# Formulaire d'analyse multidimensionnelle et d'orientation d'Île-de-France - FAMO

Date d'envoi : \_\_\_\_\_

## DEMANDE INITIALE

Formulée par  Personne concernée  Famille  Entourage  Autre professionnel NOM : \_\_\_\_\_

Lien / fonction : \_\_\_\_\_ Coordonnées : \_\_\_\_\_

Mode de contact  Contact en présentiel  Contact téléphonique/par mail/par fax

## PERSONNE COMPLÉTANT LA DEMANDE (coordonnées du rédacteur du FAMO)

Exercice  Structure  Libéral NOM Prénom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Structure/équipe : \_\_\_\_\_ Service/unité : \_\_\_\_\_

Téléphone(s) : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

## La personne concernée

### ALERTES

#### Santé

- Absence de suivi médical
- Hospitalisations répétées
- Plainte exprimée par la personne sur son état de santé
- Essoufflement même au repos
- Problèmes sensoriels (vision, audition,...)
- Modification du poids (amaigrissement, prise de poids)
- Problèmes de comportement (agitation, repli sur soi,...)
- Pertes de mémoire
- 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, gérer les médicaments, utiliser le téléphone et autres moyens de communication, utiliser les transports)
- Difficultés dans la prise de décision
- Limitation importante dans les activités personnelles et les loisirs
- Autre : \_\_\_\_\_

#### Environnement matériel

- Habitat inadapté
- Insalubrité
- Difficultés d'accessibilité
- Isolement géographique (difficultés d'accès aux services et commerces de proximité)
- Autre : \_\_\_\_\_

#### Environnement humain

- Vit seule
- Absence de réseau familial
- Insuffisance du réseau social
- 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
- Autre : \_\_\_\_\_

#### Situation économique et administrative

- Précarité financière
- Absence, perte ou difficulté d'accès aux droits sociaux ou de santé
- Autre : \_\_\_\_\_

#### Coordonnées

Civilité :  M.  Mme NOM d'usage : \_\_\_\_\_

NOM de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone(s) : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Consignes particulières pour la prise de contact (Indiquer par exemple si la personne est malentendante, ou préciser des horaires d'appel ou de visite, ou si la personne n'a pas le téléphone, etc.) : \_\_\_\_\_

Vit :  Seul(e)  En famille  Avec un conjoint

Avec entourage Lien : \_\_\_\_\_

Avec animal de compagnie : \_\_\_\_\_

#### Demande exprimée par la personne

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Accompagnement dans la mise en place d'aides

La personne souhaite des renseignements et engagera seule les démarches

La personne souhaite être accompagnée dans la mise en place des aides ; elle consent au partage d'information la concernant

## SERVICES ET PROFESSIONNELS EN PLACE CONNUS

**Médecin traitant**  Oui  Non  Ne sait pas informé de la demande:  Oui  Non  Ne sait pas

NOM Prénom: \_\_\_\_\_ Commune: \_\_\_\_\_

Téléphone(s): \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Mesure de protection juridique**  Oui  Non  Ne sait pas

Si existante, exercée par:  Professionnel privé ou Association tutélaire  Famille Lien: \_\_\_\_\_

NOM: \_\_\_\_\_ Téléphone(s): \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### Autres services ou professionnels

Type de service / professionnel	Nom de la structure / service	NOM du professionnel	Commune	Téléphone(s) / fax	Email

**Personne ressource** Informée de la demande:  Oui  Non  Ne sait pas Lien (professionnel, famille, voisinage): \_\_\_\_\_

NOM: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_ Commune: \_\_\_\_\_ Téléphone(s): \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

## ORIENTATION(S) ENVISAGÉE(S) (destinataires du FAMO)

Type de service / professionnel	Nom de la structure / service	NOM du professionnel si connu	Commune	Téléphone(s) / fax	Email

## RÉPONSE (encart réservé au récepteur du FAMO)

Date de retour d'information: \_\_\_\_\_

NOM Prénom: \_\_\_\_\_ Fonction: \_\_\_\_\_

Structure/équipe: \_\_\_\_\_ Service/Unité: \_\_\_\_\_

### Statut de la demande

Validée NOM du référent désigné: \_\_\_\_\_

Téléphone(s): \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Validée en attente de prise en charge Motif de l'attente: \_\_\_\_\_

Refusée Motif: \_\_\_\_\_

Réorientée vers: \_\_\_\_\_