

Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle Et d'Orientation – FAMO (Version DAC)

Coordonnées :
contact@coordinov.com
contact@coordinov.mssante.fr
Tél. : 01 30 32 33 85



Date : ____ / ____ / ____

La personne est informée de cette orientation oui non

Demande traitée par :

Demande formulée par

Nom : _____
Orienté(e) par : _____
Téléphone : _____

Prénom : _____
Lien/Fonction : _____
Mail : _____

Coordonnées de la personne concernée

*Nom d'usage : _____ *Prénom : _____
*Nom de naissance (si différent) : _____
*Date de naissance : ____ / ____ / ____ Âge : ____
*Lieu de naissance : _____
Adresse : _____
Code : _____ Interphone : _____ Etage : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone(s) : ____ . ____ . ____ . ____ / ____ . ____ . ____ . ____
Mail : _____ @ _____

Référent / Personne de confiance / Aidant

Personne de confiance formalisée :

Informé(e) de la demande : oui non

Nom : _____ Prénom : _____
Lien : _____
Adresse : _____
Téléphone(s) : ____ . ____ . ____ . ____ / ____ . ____ . ____ . ____
Mail : _____ @ _____

Cercle de soins

Professionnel	Nom	Téléphone	Mail	Ville
Médecin Traitant				
IDEL / SSIAD				
Référent Social				
Aide a domicile				
Mandataire Judiciaire				
Autre				

Alertes

Santé

- ☐ Absence de suivi médical
☐ Hospitalisations répétées (Lieux) :
Plainte exprimée par la personne sur son état de santé
Essoufflement même au repos
Troubles sensoriels (vision, audition...)
Modification du poids : amaigrissement prise de poids
Troubles de comportement (agitation, repli sur soi...)
Perte de mémoire
Douleurs
Chutes, perte d'équilibre, trouble de la marche
☐ 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 autre moyen 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
☐ Nuisibles
☐ Difficulté d'accessibilité
☐ Perte d'hébergement/ logement
☐ Isolement géographique (difficulté d'accès aux services, et commerces de proximité)
☐ Autre :

Environnement Humain

- Vit seul(e) En famille Avec un conjoint
Animal de compagnie
Absence ou épuisement de réseau familial
Insuffisance du réseau social
Absence d'aide professionnelle
Refus d'aide ou d'intervention des 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 démarches administratives
☐ Autre :

Droits ouverts

- ☐ APA GIR:
☐ MDPH
☐ Invalidité ☐ ALD
☐ Autre :

Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle Et d'Orientation – FAMO (Version DAC)

Coordonnées :
contact@coordinov.com
contact@coordinov.mssante.fr
Tél. : 01 30 32 33 85



Date : ____/____/____

La personne est informée de cette orientation **oui** **non**

Type d'appui Demandé

☐ COMPTE RENDU HOSPITALIER JOINT

☐ GERIATRIQUE

- ☐ Evaluation maintien à domicile (MAD)
- ☐ Soutien au MAD
- ☐ Soutien de l'aidant
- ☐ Soutien suivi médical
- ☐ Soutien au traitement
- ☐ Soutien démarche administrative

☐ HANDICAP

- ☐ Evaluation maintien à domicile (MAD)
- ☐ Soutien de l'aidant
- ☐ Soutien suivi médical
- ☐ Soutien démarche administrative
- ☐ Demande logement/ hébergement adapté
- ☐ Soutien psychologique
- ☐ Soutien au traitement

☐ ONCOLOGIE

- ☐ Evaluation du MAD
- ☐ Surveillance post-chimiothérapie
- ☐ Soutien démarche administrative
- ☐ Soutien de l'aidant
- ☐ Soutien psychologique
- ☐ Soins de support

☐ Autres :

☐ RAPPORT SOCIAL JOINT

☐ NEUROLOGIE

- ☐ Evaluation maintien à domicile (MAD)
- ☐ Soutien de l'aidant
- ☐ Soutien psychologique
- ☐ Soutien suivi médical
- ☐ Soutien démarche administrative
- ☐ Soutien au traitement

☐ PSYCHIATRIE

- ☐ Evaluation maintien à domicile (MAD)
- ☐ Hospitalisation contrainte
- ☐ Soutien au MAD
- ☐ Soutien de l'aidant
- ☐ Soutien suivi médical
- ☐ Accès soins psychiatrique
- ☐ Soutien au traitement
- ☐ Soutien démarche administrative
- ☐ Réhabilitation psycho social

☐ ADDICTOLOGIE

☐ SOINS PALLIATIFS

- ☐ Evaluation du MAD
- ☐ PEC fin de vie à domicile
- ☐ Symptôme(s) incontrôlé(s)
- ☐ Soutien de l'aidant
- ☐ Soutien psychologique
- ☐ Hospitalisation USP /LISP
- ☐ Soutien démarche administrative

Histoire de la maladie / contexte de la demande

Compléter les objectifs et actions attendues de la demande

Demande exprimée par la personne

Projet de soin

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) :
Date : ____/____/____

Demande CORPALIF

Directives anticipées rédigées

Autre : _____