

Formulaire d'analyse multidimensionnelle et d'orientation – FAMO

La personne consent au partage d'information la concernant Date :

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

Adressée à :

Coordonnées

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

Age/Date de naissance : **Né.e à :** **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)

Alertes

Commentaires libres (dont demande exprimée par la personne)

Santé

- Absence de suivi médical
- Hospitalisations répétées
- Modification du poids :
- 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 :

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 :

Situation administrative et financière

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

Cercle de soins connu (coordonnées, fréquence de passage)

- Médecin traitant :
- IDEL ou SSIAD :
- Suivi hospitalier :
- SAAD ou AVS :
- Mandataire judiciaire :
- Autre :

Droits ouverts (préciser les droits, volumes, si en cours...)

- APA :
- MDPH :
- Sécurité sociale :
- Titre de séjour :
- Autre :