

## FICHE DE SAISINE PAG Professionnel

### INFO PRATIQUE :

*Vous êtes professionnel, vous accompagnez ou prenez en charge une personne en situation de handicap.  
Si vous rencontrez ou si elle rencontre actuellement des difficultés :*

- En cas d'indisponibilité ou d'inadaptation des réponses connues ;
- En cas de complexité de la réponse à apporter, ou de risque, ou de constat de rupture avérée du parcours de la personne en lien avec des situations non souhaitées telles que le retour à domicile prématuré et non souhaité ;
- l'exclusion d'un établissement sanitaire et médicosocial ;
- le refus d'admission par un établissement ou la non perspective d'y rentrer ;

*Si vous, ou cette personne, vous trouvez sans solution d'accompagnement ou bien la prise en charge n'est plus adaptée aux besoins, vous pouvez faire la demande d'un Plan d'Accompagnement Global.*

### Usager concerné

Nom – Prénom : .....

N° classothèque : .....

Date de naissance : .....

Domicile : .....

.....

.....

Usager informé ☐ Oui ☐ Non

### Origine de la saisine

Date de la saisine : ..... / ..... / 20.....

Nom et prénom : .....

Organisme : ..... ☐ MDPH de la Marne

Coordonnées : .....

.....

Si mise en place d'un PAG, accepteriez vous d'être coordinateur de parcours : ☐ Oui ☐ Non

REPRÉSENTANT LÉGAL :

## AUTORITÉ PARENTALE :

☐ Habilitation familiale    ☐ Curatelle simple

☐ Conjointe      ☐ Père      ☐ Mère

☐ Curatelle renforcée      ☐ Tutelle

☐ Délégation à un tiers

Prénom : .....

Prénom : .....

Nom : .....

Nom : .....

Coordonnées : .....

Coordonnées : .....

## MESURE D'ASSISTANCE ÉDUCATIVE

☐ Administrative ☐ Judiciaire

Exercée par : .....

---

*(veuillez préciser les attentes, besoins actuels et leurs éventuelles évolutions, les obstacles rencontrés ...)*

[illegible]

## Historique de parcours

- Contexte socio-familial

.....

.....

.....

- Suivi sanitaire

- Suivi médico-social

- Parcours scolaire et/ou professionnel

---

---

---

## Situation actuelle

### Scolaire et professionnelle :

[illegible]

## Prise en charge sanitaire et médico-sociale

Identification des intervenants impliqués dans l'accompagnement de la personne concernée :

| NOM / PRÉNOM | COORDONNÉES | NATURE DE L'ENGAGEMENT | DATE DE DÉBUT DE PRISE EN CHARGE |
|--------------|-------------|------------------------|----------------------------------|
|              |             |                        |                                  |
|              |             |                        |                                  |
|              |             |                        |                                  |
|              |             |                        |                                  |
|              |             |                        |                                  |
|              |             |                        |                                  |

## Votre emploi du temps hebdomadaire :

|          | MATIN | MIDI | APRÈS-MIDI | NUIT | TRANSPORTS EFFECTUÉS PAR : |
|----------|-------|------|------------|------|----------------------------|
| LUNDI    |       |      |            |      |                            |
| MARDI    |       |      |            |      |                            |
| MERCREDI |       |      |            |      |                            |
| JEUDI    |       |      |            |      |                            |
| VENDREDI |       |      |            |      |                            |
| SAMEDI   |       |      |            |      |                            |
| DIMANCHE |       |      |            |      |                            |

## Démarches entreprises auprès d'établissements, services médico-sociaux et sanitaires :

Merci d'indiquer toutes les structures sollicitées et les réponses obtenues (joindre les courriers reçus)

| STRUCTURES<br>CONTACTÉES | DATE | LA STRUCTURE A-T-ELLE APPORTÉ UNE RÉPONSE ÉCRITE (ARTICLE L.241-6 DU CASF) * ? |  |                                  |
|--------------------------|------|--|--|----------------------------------|
|                          |      | OUI/NON  | DATE D'INSCRIPTION<br>SUR LA LISTE D'ATTENTE | MOTIF DU REFUS<br>LE CAS ÉCHÉANT |
|                          |      |  |  |                                  |
|                          |      |  |  |                                  |
|                          |      |  |  |                                  |
|                          |      |  |  |                                  |
|                          |      |  |  |                                  |

\*L214 – 6 du CASF : tout décision de refus d'admission par l'autorité habilitée à la prononcer est adressé à la MDPH, à la personne handicapée ou à son représentant légal, ainsi qu'à l'autorité qui a délivré l'autorisation. Elle comporte les motifs de refus au regard du deuxième alinéa du présent III

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. » (Article L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal) La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées. Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.



## VOLET À REMPLIR PAR LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP OU SON REPRÉSENTANT LÉGAL

**Consentement\*** à l'étude de la situation et à l'échange d'informations concernant la personne en situation de handicap entre les intervenants associés à la recherche de solutions dans le cadre du PAG.

Prénom : .....

Nom : .....

et / ou organisme : .....

☐ PÈRE ☐ MÈRE ☐ REPRÉSENTANT LÉGAL (rayez les mentions inutiles)

Prénom : .....

Prénom : .....

Nom : .....

Nom : .....

☐ Atteste avoir pris connaissance du contenu de cette demande

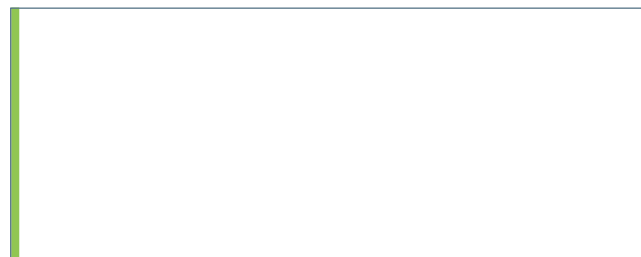
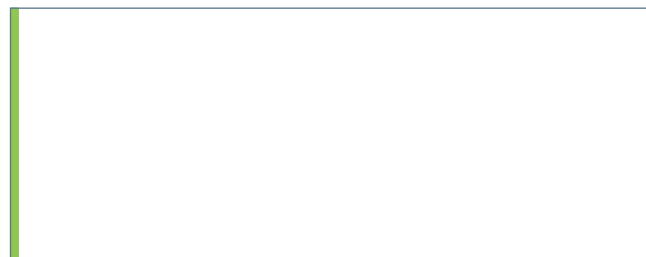
☐ Autorise les professionnels de la MDPH et les partenaires associés à la recherche de solutions dans le cadre du PAG, à échanger les informations individuelles nécessaires au traitement de la situation par tous moyens.

Fait à : .....

Date : ..... / ..... / 20.....

**Signature :** De la personne concernée  
Ou de son représentant légal  
Ou des deux parents pour les mineurs

**Signature** du professionnel



\* Sous réserve de l'accord préalable de la personne handicapée ou de son représentant légal, l'équipe pluridisciplinaire peut échanger avec les professionnels intervenant dans l'accompagnement sanitaire et médico-social, en application de l'article L241-10 du code de l'action sociale et des familles.

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. » (Article L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal) La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées. Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.



| BESOINS EN MATIÈRE DE   | BESOINS        |                |                 |                           |          |
|---|----------------|----------------|-----------------|---------------------------|----------|
|   | NON<br>REPÉRÉS | NON<br>ÉVALUÉS | NON<br>COUVERTS | PARTIELLEMENT<br>COUVERTS | COUVERTS |
| <b>Santé somatique ou psychique</b>   |                |                |                 |                           |          |
| Fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux              |                |                |                 |                           |          |
| Fonctions sensorielles  |                |                |                 |                           |          |
| Douleur   |                |                |                 |                           |          |
| Relatifs à la voix, à la parole et à l'appareil bucco-dentaire                |                |                |                 |                           |          |
| Fonctions cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire     |                |                |                 |                           |          |
| Fonctions digestive, métabolique et endocrinienne                             |                |                |                 |                           |          |
| Fonctions génito-urinaire et reproductive                                     |                |                |                 |                           |          |
| Fonctions locomotrices  |                |                |                 |                           |          |
| Relatifs à la peau et aux structures associées                                |                |                |                 |                           |          |
| Pour entretenir et prendre soin de sa santé                                   |                |                |                 |                           |          |
| <b>Autonomie</b>  |                |                |                 |                           |          |
| En lien avec l'entretien personnel  |                |                |                 |                           |          |
| En lien avec les relations et les interactions avec autrui                    |                |                |                 |                           |          |
| Pour la mobilité  |                |                |                 |                           |          |
| Pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité                       |                |                |                 |                           |          |
| <b>Participation sociale</b>  |                |                |                 |                           |          |
| <b>Pour accéder aux droits et à la citoyenneté</b>                            |                |                |                 |                           |          |
| <b>Pour vivre dans un logement</b>  |                |                |                 |                           |          |
| <b>Pour accomplir les activités domestiques</b>                               |                |                |                 |                           |          |
| <b>Insertion sociale et professionnelle et pour exercer ses rôles sociaux</b> |                |                |                 |                           |          |
| En lien avec la vie sociale et étudiante                                      |                |                |                 |                           |          |
| En lien avec le travail et l'emploi   |                |                |                 |                           |          |
| Apprentissages  |                |                |                 |                           |          |
| Vie familiale, parentalité, vie affective et sexuelle                         |                |                |                 |                           |          |
| Apprendre à être pair-aidant  |                |                |                 |                           |          |
| <b>Participation à la vie sociale et déplacement avec moyen de transport</b>  |                |                |                 |                           |          |
| Participation à la vie sociale  |                |                |                 |                           |          |
| Déplacement avec un moyen de transport  |                |                |                 |                           |          |
| <b>Ressources et autosuffisance économique</b>                                |                |                |                 |                           |          |





Propositions / orientation : .....