

# DEMANDE D'APPUI

avec accord du patient

(à nous renvoyer complétée par fax, mail ou courrier)

**Public : Toute personne, sans limite d'âge, en situation complexe et souhaitant rester à domicile**

Date de la demande (jj/mm/aaaa) : / /

Délai souhaité d'intervention dans :  les 48h  les 7 jours  les 15 jours  le mois

## IDENTITÉ DU DEMANDEUR

NOM :  
Prénom:  
Fonction :

Lieu d'exercice (structure/service) :

Tél : Port : Fax :

Mail professionnel sécurisé:

Si vous n'avez pas de mail sécurisé, souhaitez-vous que nous vous en créons un\* :  Oui  Non

(\* Si vous êtes salarié d'une institution, veuillez au préalable vous référer à votre responsable.)

Moyen de communication souhaité :  Tél  Port  Fax  Mail  Mail sécurisé.  Courrier

Meilleur moment pour vous joindre ? (à compléter lors 1<sup>er</sup> contact) : .....

## OU CACHET PROFESSIONNEL

## IDENTITÉ DU MÉDECIN TRAITANT (si demandeur différent)

**NOM / Prénom du médecin traitant :**

Adresse complète :

Tél : Port : Fax :

Le Médecin traitant est-il informé de cette demande d'appui ?  Oui  Non

A-t-il donné son accord ?  Oui  Non

## IDENTITÉ DE LA PERSONNE CONCERNÉE

**NOM / PRÉNOM :**

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : / / Age : -1932 ans

Adresse complète :

Tél : Port :

**Personne à contacter (s'il y a lieu) :**

NOM / PRÉNOM :

Tél : Port :

Lien avec le patient : .....

**Lieu actuel de prise en charge** :  Domicile  Autre (lieu et adresse complète) :

**Antécédents, renseignements médicaux, traitements**  
**(à renseigner par le médecin demandeur)**

*(Merci de nous joindre les derniers comptes rendus médicaux et ordonnance(s) à votre disposition)*

Pathologie actuelle prédominante :

**Problème(s) justifiant la demande d'appui**

**Type(s) d'appui souhaité(s) avant évaluation pluridisciplinaire**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Appui au maintien à domicile  | <input type="checkbox"/> Fiche de liaison SAMU  |
| <input type="checkbox"/> Appui au retour après hospitalisation                               | <input type="checkbox"/> Aide décision éthique ( <i>procédure collégiale, SP...</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Préconisations thérapeutiques                                       | <input type="checkbox"/> Soutien psychologique  |
| <input type="checkbox"/> Appui aux pratiques ( <i>pompes, plaies, insuline...</i> )          | ↳ <input type="checkbox"/> Patient  |
| <input type="checkbox"/> Evaluation gériatrique à domicile ( <i>EGS, tests diag...</i> )     | ↳ <input type="checkbox"/> Entourage  |
| <input type="checkbox"/> Soutien social ( <i>aides financières, ouverture de droits...</i> ) | <input type="checkbox"/> Education thérapeutique du patient                           |
| <input type="checkbox"/> Gestion de cas ( <i>MAIA</i> )                                      | <input type="checkbox"/> Appui à la prise en charge diététique complexe               |
| <input type="checkbox"/> Autre ( <i>préciser</i> ) :   |   |

**Autres professionnels impliqués connus**

Professionnels / Services	NOM/PRÉNOM	Adresse complète ou Téléphone
<b>Infirmier / SSIAD</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours		
<b>Pharmacie</b>		
<b>Suivi social</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours		
<b>Mesure de protection</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours		

**Cadre réservé à Appui Santé**

Fiche réceptionnée le (jj/mm/aaaa) :    /    /	Par
<input type="checkbox"/> PTA-Antenne Ouest <input type="checkbox"/> PTA-Antenne Est	<input type="checkbox"/> PTA-Secteur COB
<b>Dossier informatique créé le (jj/mm/aaaa) :</b> /    /	Par
<b>Dossier transmis à :</b>	N° de dossier :

Appui Santé Nord Finistère (ouvert du lundi au vendredi de 09h00 à 18h00 sans interruption)

253, rue Jean Jaurès 29200 BREST – Tél : 02.98.28.23.53 – Fax : 02.98.78.66.44 – Mail : [admission@appuisante.fr](mailto:admission@appuisante.fr)

Mail sécurisé : [appuisante@telesantebretagne.org](mailto:appuisante@telesantebretagne.org) ou [appuisante.telesantebretagne@medical.apicrypt.org](mailto:appuisante.telesantebretagne@medical.apicrypt.org) pour utilisateur Apicrypt