

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^{er} 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
Infirmier / SSIAD <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours		
Pharmacie		
Suivi social <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours		
Mesure de protection <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
Dossier informatique créé le (jj/mm/aaaa) : / /	Par
Dossier transmis à :	N° de dossier :

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

215, rue Louison BOBET 29490 GUIPAVAS- Tél : 02.98.28.23.53 – Fax : 02.98.78.66.44 – Mail : admission@appuisante.fr

Mail sécurisé : appuisante@telesantebretagne.org ou appuisante.telesantebretagne@medical.apicrypt.org pour utilisateur Apicrypt