

DEMANDE D'APPUI - SITUATION COMPLEXE*

*Complexité ressentie par le demandeur, quel que soit l'âge, la pathologie ou le handicap

Date de la demande : _____

IDENTITÉ DE LA PERSONNE CONCERNÉE

NOM / PRÉNOM : _____

NOM de jeune fille : _____ Date de naissance : _____

Adresse complète : _____

Tél : _____ Port : _____ Mail : _____

PERSONNE RÉFÉRENTE À CONTACTER (s'il y a lieu) :

NOM / PRÉNOM : _____ Lien avec la personne : _____

Tél : _____ Port : _____ Mail : _____

LIEU ACTUEL DE PRISE EN CHARGE : Domicile Établissement médico-social équivalent du domicile

Hôpital / Clinique : _____ Date retour à domicile envisagée : _____

si SSR programmé (indiquer le lieu) : _____ Date retour à domicile envisagée : _____

Autre (indiquer le lieu) : _____

La personne (ou son représentant légal) est informée de la demande : **OBLIGATOIRE.**

Elle accepte l'intervention du dispositif : Oui Non Ne sait pas

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

OU CACHET PROFESSIONNEL

NOM : _____

Prénom : _____

Fonction : _____

Commune d'exercice / Structure / Service : _____

Pour me joindre de préférence : (horaire) _____

Utiliser si possible : Tél Port SMS SMS sécurisé (Globule) Fax Mail Mail sécurisé Courrier

Tél : _____ Port : _____ Fax : _____

Mail professionnel : _____

Mail professionnel sécurisé : _____

Vous n'avez pas d'adresse mail sécurisée ou SMS sécurisé, et vous souhaitez en bénéficier ? (nous prendrons contact avec vous) : Oui

IDENTITÉ DU MÉDECIN TRAITANT (si différent du demandeur)

Docteur _____ Commune d'exercice : _____

Le médecin traitant a été informé de cette demande d'appui : Oui Non Ne sait pas

Il a formellement donné son accord : Oui Non Ne sait pas

RÉFÉRENTS PROFESSIONNELS (si connus)

	Nom/ Prénom ou Structure	Commune d'exercice
Infirmier libéral à domicile		
Service de Soins Infirmiers A Domicile - SSIAD		
Service d'Aide A Domicile - SAAD		
Pharmacien		
Kinésithérapeute		
Médecin spécialiste		
Mesure de protection : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> en cours		
Suivi social		
Autre(s)		

MOTIVATION DE LA DEMANDE D'APPUI

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Information / Orientation vers une ressource | <input type="checkbox"/> Fiche de liaison SAMU |
| <input type="checkbox"/> Analyse multidimensionnelle des besoins
(sanitaires, sociaux, diététique, psychologique, ...) | <input type="checkbox"/> Aide à la décision éthique (procédure collégiale, SP...) |
| <input type="checkbox"/> Coordination / Suivi de la situation | <input type="checkbox"/> Soutien psychologique : <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Entourage |
| <input type="checkbox"/> Préconisation(s) thérapeutique(s) | <input type="checkbox"/> Éducation thérapeutique du patient |
| | <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____ |

ÉLÉMENTS D'ALERTE CONSTATÉS (SANITAIRES, AUTONOMIE, ENVIRONNEMENT, ÉCONOMIE, SÉCURITÉ, ...)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Retard de croissance staturo-pondérale | <input type="checkbox"/> Absence ou manque de suivi médical |
| <input type="checkbox"/> Retard de développement psychomoteur | <input type="checkbox"/> Absence ou difficulté(s) de coordination des aides |
| <input type="checkbox"/> Troubles du neuro-développement et/ou des apprentissages | <input type="checkbox"/> Refus/arrêt intervention des professionnels (droit.retrait) |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisations non programmées (>3 par an) | <input type="checkbox"/> Absence totale d'entourage – Isolement |
| <input type="checkbox"/> Pathologie chronique déséquilibrée ou évolutive | <input type="checkbox"/> Indisponibilité de l'entourage (géographique, professionnelle) |
| <input type="checkbox"/> Symptômes cliniques difficiles (actuels ou anticipables) | <input type="checkbox"/> Défaillance des aidants (épuisement, conflit) |
| <input type="checkbox"/> Chutes à répétition (>2 par an) | <input type="checkbox"/> Refus des aides par l'entourage |
| <input type="checkbox"/> Déficit sensoriel (cécité, audition) | <input type="checkbox"/> Situation économique précaire |
| <input type="checkbox"/> Dépendance (manger, se lever, se laver, s'habiller, ...) | <input type="checkbox"/> Logement inadapté et/ou insalubre, vétuste |
| <input type="checkbox"/> Trouble alimentaire (perte ou prise de poids) | <input type="checkbox"/> Conduite à risque (gaz, véhicule, ...) - Mise en danger |
| <input type="checkbox"/> Troubles de la déglutition | <input type="checkbox"/> Refus des aides par l'usager |
| <input type="checkbox"/> Addiction | <input type="checkbox"/> Perte(s) ou difficulté(s) d'accès aux droits |
| <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs (mémoire, désorientation, confusion) | <input type="checkbox"/> Difficulté(s) dans la gestion administrative courante |
| <input type="checkbox"/> Troubles du comportement (agressivité, déambulation) | <input type="checkbox"/> Difficulté(s) / Gestion du quotidien (courses, préparation des repas, prise du traitement, ménage, lessive, ...) |
| <input type="checkbox"/> Troubles psychiques ou psychiatriques | <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Souffrance morale | |

ANTÉCÉDENTS, RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, TRAITEMENTS, AUTRES PRÉCISIONS

(Merci de nous joindre : **comptes rendus médicaux, ordonnance(s), plan d'aide, autres données importantes à votre disposition**)

Pathologie actuelle prédominante :

Problème(s) motivant la demande :

DEMANDE D'APPUI À ADRESSER À : Appui Santé Nord Finistère 215, rue Louison BOBET 29490 GUIPAVAS

☎ 02 98 28 23 53

☎ 02 98 78 66 44

Mail non sécurisé : ✉ contact@appuisante.fr

Mails sécurisés :
selon l'utilisateur

🔒 appuisante@telesantebretagne.org
🔒 appuisante@bretagne.mssante.fr

🔒 appuisante.telesantebretagne@apicrypt.fr

CADRE RÉSERVÉ AU DISPOSITIF D'APPUI À LA COORDINATION (DAC)

Fiche réceptionnée le :

Mode de réception :

Dossier informatique créé le :

Par :