

# DEMANDE POUR UNE PERSONNE ÂGÉE DE 60 ANS ET PLUS 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 : 0 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 (procédure collégiale, SP...) |
| <input type="checkbox"/> Préconisations thérapeutiques                              | <input type="checkbox"/> Soutien psychologique                               |
| <input type="checkbox"/> Appui technique (pompes, plaies, insuline...)              | ↳ <input type="checkbox"/> Patient   |
| <input type="checkbox"/> Evaluation gériatrique à domicile (EGS, tests diag...)     | ↳ <input type="checkbox"/> Entourage   |
| <input type="checkbox"/> Soutien social (aides financières, ouverture de droits...) | <input type="checkbox"/> Education thérapeutique du patient                  |
| <input type="checkbox"/> Gestion de cas (MAIA)                                      | <input type="checkbox"/> Appui à la prise en charge diététique complexe      |
| <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :   |  |

**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 au service sollicité**

Fiche réceptionnée le (jj/mm/aaaa) :    /    /

Par

PTA - Antenne Ouest

PTA - Antenne Est

PTA - Secteur COB  Gestion de cas

Dossier informatique créé le (jj/mm/aaaa) :    /    /

Par

Dossier transmis à :

N° de dossier :

# ÉLÉMENTS D'APPRÉCIATION POUR UNE DEMANDE DE SOUTIEN, DE COORDINATION ET/OU D'ACCOMPAGNEMENT

## PAYS DE BREST

### RAPPEL DE L'IDENTITÉ DE LA PERSONNE CONCERNÉE

#### NOM / PRÉNOM :

- La personne souhaite continuer à vivre à domicile ?  Oui  Non  
Son projet est-il envisageable même si fragile ?  Oui  Non  
La personne concernée est favorable à l'orientation et au partage des données strictement nécessaires :  
 Oui  Non  Ne sait pas

### SIGNAUX D'ALERTE / PROBLÈMES POSÉS

#### 1 – ÉTAT DE SANTÉ INSTABLE, EN RAISON DE

##### A - Problèmes relevant du champ médical

- Pathologie chronique, évolutive et/ou dégénérative, responsable du déséquilibre de la situation (hors pathologie psychiatrique installée), pouvant être associé(s) à  
 Hospitalisations régulières ou fréquentes (plus de 3 fois dans l'année)  
 Chutes à répétition  
 Modification de l'état de santé (troubles alimentaires, perte ou prise de poids, troubles du sommeil...)

##### B - Problèmes d'autonomie décisionnelle, entraînant des difficultés dans la gestion administrative et financière, de protection de soi et de sécurité affective et matérielle, d'élaboration d'un projet de vie, d'expression de ses souhaits, de ses besoins, ...

- Troubles cognitifs (troubles de mémoire, pertes de repères dans le temps et/ou dans l'espace, confusion, trouble du jugement et/ou raisonnement, ...)  
 Troubles du comportement (agitation, agressivité, hallucinations, dépression, euphorie, apathie, désinhibition, comportement moteur aberrant, irritabilité, ...) entraînant des retentissements sur le maintien à domicile

##### C - Problèmes d'autonomie fonctionnelle

- Difficultés dans les activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se déplacer, ...)  
 Difficultés dans les activités « instrumentales » de la vie quotidienne (faire ses courses, le ménage, le repas, la lessive, prendre ses médicaments, utiliser un téléphone, gérer son budget, ...)

#### 2 – AIDES ET SOINS INSUFFISANTS OU INADAPTÉS



- Absence ou manque de continuité dans le suivi médical  
 Perte ou difficultés d'accès aux droits  
 Difficultés à mettre en place des aides au domicile, du fait  
 de la personne elle-même (refus, mise en échec, ...)  
 de son entourage (refus, conflit, ...)  
 des professionnels  
 Inadéquation de l'offre du territoire aux besoins de la personne  
 Absence ou difficultés de coordination des aides en place

#### 3 – ENVIRONNEMENT

- Liens familiaux et sociaux  
 Isolement, rupture des liens  
 Défaillance des aidants (épuiement, conflit, décès, ...)  
 Pas d'entourage en mesure de mettre en place les réponses aux besoins et/ou de les coordonner  
 Situation économique précaire  
 Lieu de vie  
 Logement inadapté  
 Ne répond pas aux normes d'hygiène et/ou de sécurité

#### COMMENTAIRES (le cas échéant)

#### OU RENSEIGNEMENTS SUR LE PLAN D'AIDE (auxiliaire de vie, IDE, AJ, HT, portage des repas, ESA, GIR...)

	Pour Qui ?	Quoi ?	Contact ?
 <p><b>Plateforme territoriale Appui Santé</b></p>	<p>Personnes malades ressenties en situation complexe par les professionnels de santé, médico-sociaux du domicile ou en établissement dans le cadre d'un maintien à domicile, quel que soit l'âge, la pathologie ou le handicap.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Appui aux professionnels et accompagnement</b> avec <b>évaluation, aide à la coordination</b> autour du patient et <b>soutien</b> (<i>technique et préconisations thérapeutiques, social, diététique, éducation thérapeutique, aide à la décision éthique, fiches de liaison SAMU, ...</i>)</li> <li>• <b>Soutien psychologique</b> au patient, aux aidants et/ou aux professionnels en l'absence de ressources sur le territoire</li> <li>• <b>Information et orientation</b> des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires</li> </ul>	<p><b>Antenne Ouest</b></p> <p>📍 215, rue Louison BOBET – 29490 GUIPAVAS</p> <p>☎ <b>02 98 28 23 53 (9h à 18h)</b></p> <p>📠 <b>02 98 78 66 44</b></p> <p>✉ <a href="mailto:admission@appuisante.fr">admission@appuisante.fr</a> ou ✉ <a href="mailto:antenneouest@appuisante.fr">antenneouest@appuisante.fr</a></p> <p>Mail sécurisé</p> <p>🔒 <a href="mailto:appuisante@telesantebretagne.org">appuisante@telesantebretagne.org</a></p> <p>Mail sécurisé pour les utilisateurs APICRYPT</p> <p>🔒 <a href="mailto:appuisante.telesantebretagne@medical.apicrypt.org">appuisante.telesantebretagne@medical.apicrypt.org</a></p> <p>🌐 <a href="http://www.appuisante.fr">www.appuisante.fr</a></p>
 <p><b>Gestion de cas MAIA</b></p>	<p>Personnes en <b>situation complexe (critères 1a+1b+1c + 2+ 3), en situation instable dans la durée</b> dont le projet de maintien à domicile est encore possible mais compromis</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Evaluation</b> de la situation</li> <li>• <b>Réalisation</b> d'un plan d'aide</li> <li>• <b>Accompagnement et au long cours</b>, nécessitant une <b>coordination</b> sanitaire, sociale, humaine et/ou environnementale</li> </ul>	<p><b>Gestion de cas MAIA</b></p> <p>📍 215, rue Louison BOBET – 29490 GUIPAVAS</p> <p>☎ <b>02 98 28 39 39 (9h à 12h)</b></p> <p>📠 <b>02 98 29 16 83</b></p> <p>✉ <a href="mailto:accueil.brest-maia@appuisante.fr">accueil.brest-maia@appuisante.fr</a></p> <p>Mail sécurisé</p> <p>🔒 <a href="mailto:accueil@telesantebretagne.org">accueil@telesantebretagne.org</a></p> <p>Mail sécurisé pour utilisateur APICRYPT</p> <p>🔒 <a href="mailto:accueil.telesantebretagne@medical.apicrypt.org">accueil.telesantebretagne@medical.apicrypt.org</a></p>

\* Le service sollicité se charge de confirmer la prise en charge ou de la réorienter si besoin