**DEMANDE D’APPUI - SITUATION COMPLEXE\***



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

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

|  |
| --- |
| **IDENTITÉ DE LA PERSONNE CONCERNÉE**  **NOM / PRÉNOM** : NOM de jeune fille :  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : **/    /** Age: 0 ans  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 :       Mail :  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 à domicile - SAAD |  |  |
| Pharmacien |  |  |
| Kinésithérapeute |  |  |
| Médecin spécialiste |  |  |
| Mesure de protection :  Oui  Non  en cours |  |  |
| Suivi social |  |  |
| Autre(s) |  |  |

**MOTIVATION DE LA DEMANDE D’APPUI**

Information / Orientation vers une ressource  Fiche de liaison SAMU

Analyse multidimensionnelle des besoins  Aide à la décision éthique *(procédure collégiale, SP…)*

(sanitaires, sociaux, diététique, psychologique, …)  Soutien psychologique :  Usager  Entourage

Coordination / Suivi de la situation  Éducation thérapeutique du patient

Préconisation(s) thérapeutique(s)  Autre(s) :

**ÉLÉMENTS D’ALERTES CONSTATÉS** (SANITAIRES, AUTONOMIE, ENVIRONNEMENT, ÉCONOMIE, SÉCURITÉ, ...)

Retard de croissance staturo-pondérale  Absence ou manque de suivi médical

Retard de développement psychomoteur  Absence ou difficulté(s) de coordination des aides

Troubles du neuro-développement et/ou des apprentissages  Refus/arrêt intervention des professionnels (droit\_ retrait)

Hospitalisations non programmées (>3 par an)  Absence totale d’entourage – Isolement

Pathologie chronique déséquilibrée ou évolutive  Indisponibilité de l’entourage (géographique, professionnelle)

Symptômes cliniques difficiles (actuels ou anticipables)  Défaillance des aidants (épuisement, conflit)

Chutes à répétition (>2 par an)  Refus des aides par l’entourage

Déficit sensoriel (cécité, audition)  Situation économique précaire

Dépendance (manger, se lever, se laver, s’habiller, ...)  Logement inadapté et/ou insalubre, vétuste

Trouble alimentaire (perte ou prise de poids*)*  Conduite à risque *(gaz, véhicule, …) -* Mise en danger

Troubles de la déglutition  Refus des aides par l’usager

Addiction  Perte(s) ou difficulté(s) d’accès aux droits

Troubles cognitifs (mémoire, désorientation, confusion)  Difficulté(s) dans la gestion administrative courante

Troubles du comportement (agressivité, déambulation)  Difficulté(s) / Gestion du quotidien (courses, préparation

Troubles psychiques ou psychiatriques des repas, prise du traitement, ménage, lessive, …)

Souffrance morale  Autre(s) :

**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

### 2 sur 2

 02 98 28 23 53  02 98 78 66 44Mail non sécurisé :  [contact@appuisante.fr](mailto:contact@appuisan#te.fr)

Mail sécurisé :   [contact@appuisante.mssante.fr](mailto:contact@appuisante.mssante.fr)

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

Fiche réceptionnée le : **/    /** Mode de réception :

Dossier informatique créé le : **/    /** Par :