**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 ansAdresse 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

Mail sécurisé :   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 :