

DEMANDE D'APPUI - SITUATION COMPLEXE*

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

Date de la demande

/ /

Critères d'admission obligatoires

- Accord du médecin traitant
- La personne (ou son représentant légal) accepte l'intervention du dispositif

IDENTITÉ DE LA PERSONNE CONCERNÉE : Mesure de protection : Oui Non demande en cours ne sais pas

NOM / PRÉNOM :

NOM de jeune fille :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : / /

Age : 0 ans

Adresse complète :

VILLE :

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 :

Hôpital / Clinique / SMR** :

**Date retour à domicile envisagée (jj/mm/aaaa) : / /

Domicile ou équivalent (EHPAD, MAS, ...)

Autre (indiquer le lieu) :

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

OU

CACHET PROFESSIONNEL

NOM / PRÉNOM :

Fonction :

Commune d'exercice / Structure / Service :

Pour être joint de préférence : (horaire)

Utiliser si possible : Tél

Port

SMS

Fax

Mail

Mail sécurisé

Courier

Tél :

Port :

Fax :

Mail professionnel sécurisé :

Mail professionnel :

IDENTITÉ DU MÉDECIN TRAITANT

 (si différente du demandeur) :

NOM / PRÉNOM :

Commune d'exercice :

RÉFÉRENTS PROFESSIONNELS (si connus)	NOM/ Prénom ou Structure	Commune d'exercice
Infirmier libéral à domicile		
Service Autonomie à Domicile - SAD		
Pharmacien		
Médecins spécialistes référents :		
Suivi social		
Mandataire judiciaire		
Autre(s) :		

ÉLÉMENTS D'ALERTES ou BESOINS

Santé

- Accompagnement de fin de vie
- Addiction(s)
- Conduite(s) à risque
- Déficit sensoriel (visuel, auditif)
- Maladie(s) chronique(s) déséquilibrée(s) et/ou évolutive(s)
- Problème(s) de mobilité/chute
- Problème(s) de santé mentale
- Problème(s) lié aux traitements
- Symptôme(s) physique(s) inconfortable(s) (douleur, dyspnée...)
- Trouble(s) de la croissance et/ou du développement
- Trouble(s) alimentaire(s)
- Trouble(s) cognitif(s)
- Trouble(s) du comportement
- Trouble(s) du langage (aphasie, dysphasie...)

Organisation du parcours

- Accès à des soins de support (Parcours AVEC...)
- Coordination entre professionnels
- Hospitalisations non programmées récurrentes (≥3/an)
- Intervention(s) insuffisante(s) ou inadaptée(s)
- Offre de soins inexistante ou insuffisante (hors établissement)
- Refus d'aide et de soins (par la personne)
- Risque d'arrêt d'intervention des professionnels
- Suivi médical (absence, difficultés)

Prévention et éducation thérapeutique

- Accès à des offres de préventions
- Accès à l'ETP (Education Thérapeutique du patient)
- Accès Programme Diabiroise
- Accès Programme EducTonPark

Administratif/Financier - Protection

- Difficultés/Incapacités dans la gestion financière/administrative
- Précarité économique/financière
- Problèmes d'accès aux droits
- Risque d'abus de faiblesse/vulnérabilité

Aide à la vie quotidienne - Habitat

- Déplacements difficiles
- Problème(s) dans les actes essentiels (toilette, repas, habillage...)
- Problème(s) dans les activités (ménage, linge, courses...)
- Problème(s) lié(s) à l'habitat

Isolement social

- Absence totale d'entourage – Isolement
- Indisponibilité de l'entourage (géographique, professionnel...)
- Non-maitrise de la langue

Proches - aidants

- Difficultés dans les relations familiales
- Discordance(s) entre les professionnels et la famille
- Epuisement et/ou défaillance de l'aidant
- Refus des aides par l'entourage

Scolarité – Formation - Emploi

- Difficultés d'accès
- Difficultés de maintien

Accès aux structures

- Difficulté d'accès à de l'accueil de jour / accueil partiel (HT...)
- Difficulté d'accès à de l'hébergement permanent

Autre(s)

Préciser :

MOTIFS DE LA DEMANDE - ATTENTES

ÉLÉMENTS MÉDICAUX - PRÉCISIONS

DEMANDE D'APPUI À ADRESSER À :

Appui Santé Nord Finistère 215, rue Louison Bobet 29490 GUIPAVAS – Tél : 02 98 28 23 53 - Fax : 02 98 78 66 44

Mail : contact@appuisante.fr - Mail sécurisé (de préférence) : contact@appuisante.mssante.fr

Une de ces réponses vous sera apportée : « suivi par le DAC » ou « orientation vers un partenaire selon les besoins »

Dans le cadre de la démarche d'évaluation du service rendu par notre dispositif, vous recevrez par mail, une enquête de satisfaction du Ministère de la Santé à remplir en ligne, à destination de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).