

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

☐ Courrier

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'ALERTE 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 ($\geq 3/an$)
- ☐ 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 Diabroise
- ☐ 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

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).