dac appuisanté nord finistère

DEMANDE D'APPUI - SITUATION COMPLEXE*

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

Date de la demande : _____

IDENTITÉ DE LA PERSONNE CONCERNÉE

NOM / PRÉNOM : _____

NOM de jeune fille : _____ Date de naissance : _____

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 : _____ Fax : _____

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 A 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
- ☐ Analyse multidimensionnelle des besoins (sanitaires, sociaux, diététique, psychologique, …)
- ☐ Coordination / Suivi de la situation
- ☐ Préconisation(s) thérapeutique(s)
- ☐ Fiche de liaison SAMU
- ☐ Aide à la décision éthique *(procédure collégiale, SP…)*
- ☐ Soutien psychologique : ☐ Usager ☐ Entourage
- ☐ Éducation thérapeutique du patient
- ☐ Autre(s) : _____

ÉLÉMENTS D'ALERTES CONSTATÉS (SANITAIRES, AUTONOMIE, ENVIRONNEMENT, ÉCONOMIE, SÉCURITÉ, …)

- ☐ Retard de croissance staturo-pondérale
- ☐ Retard de développement psychomoteur
- ☐ Troubles du neuro-développement et/ou des apprentissages
- ☐ Hospitalisations non programmées (>3 par an)
- ☐ Pathologie chronique déséquilibrée ou évolutive
- ☐ Symptômes cliniques difficiles (actuels ou anticipables)
- ☐ Chutes à répétition (>2 par an)
- ☐ Déficit sensoriel (cécité, audition)
- ☐ Dépendance (manger, se lever, se laver, s'habiller, …)
- ☐ Trouble alimentaire (perte ou prise de poids)
- ☐ Troubles de la déglutition
- ☐ Addiction
- ☐ Troubles cognitifs (mémoire, désorientation, confusion)
- ☐ Troubles du comportement (agressivité, déambulation)
- ☐ Troubles psychiques ou psychiatriques
- ☐ Souffrance morale
- ☐ Absence ou manque de suivi médical
- ☐ Absence ou difficulté(s) de coordination des aides
- ☐ Refus/arrêt intervention des professionnels (droit retrait)
- ☐ Absence totale d'entourage – Isolement
- ☐ Indisponibilité de l'entourage (géographique, professionnelle)
- ☐ Défaillance des aidants (épuisement, conflit)
- ☐ Refus des aides par l'entourage
- ☐ Situation économique précaire
- ☐ Logement inadapté et/ou insalubre, vétuste
- ☐ Conduite à risque *(gaz, véhicule, …)* - Mise en danger
- ☐ Refus des aides par l'usager
- ☐ Perte(s) ou difficulté(s) d'accès aux droits
- ☐ Difficulté(s) dans la gestion administrative courante
- ☐ Difficulté(s) / Gestion du quotidien (courses, préparation des repas, prise du traitement, ménage, lessive, …)
- ☐ 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

02 98 28 23 53 — 02 98 78 66 44 — Mail non sécurisé : contact@appuisante.fr

Mails sécurisés : *selon l'utilisateur* appuisante@telesantebretagne.org — appuisante@bretagne.mssante.fr — appuisante.telesantebretagne@apicrypt.fr

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

Fiche réceptionnée le : Mode de réception :

Dossier informatique créé le : Par :