DEMANDE D’APPUI

**Objectif : Faciliter le maintien à domicile et le parcours de vie d’une personne cumulant diverses difficultés (sans critère d’âge et de pathologie).**

*Pour les personnes de + 60 ans uniquement si la personne elle-même ou son aidant principal n’est pas en mesure de contacter l’EAS directement.*

|  |
| --- |
| **Date de la demande\*:** **La personne doit OBLIGATOIREMENT être informée de la demande.** Confirmez-vous que c’est bien le cas ? [ ]  Oui**Médecin traitant \*:** Est-il informé de la demande ? [ ] Oui [ ] NonNom et ville du médecin traitant :  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DEMANDEUR\*** |  |
| Nom/Prénom : Fonction/Service : Commune :  | Téléphone : Messagerie sécurisée : Mail non sécurisé :  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PERSONNE CONCERNEE\*** | **PERSONNE RESSOURCE** |
| [ ] Mr [ ] Mme Nom Prénom : Nom de naissance : Date de naissance : Situation familiale : Adresse : Téléphone : Mesure de protection juridique : [ ]  Oui [ ]  Non  [ ]  Demande en cours [ ]  Ne sait pas Si oui, coordonnées :  | Est-elle informée de la demande ? [ ] Oui [ ] NonNom-Prénom : Nature du lien : Téléphone : Adresse : Mail :  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PROFESSIONNELS INTERVENANT**  |  |
|  | Nom- Commune | Fréquence d’intervention |
| Médecin spécialiste |  |  |
| Infirmier et/ou Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) |  |  |
| Pharmacien |  |  |
| Kinésithérapeute |  |  |
| Service d’Aide et d’Accompagnement à Domicile (SAAD) |  |  |
| Autre(s) :  |  |  |

\****Champs obligatoires***

|  |
| --- |
| **PROBLEMATIQUES IDENTIFIEES A CE JOUR** *(Expliquer les critères cochés dans commentaires)* |
| **Domaine de la santé (physique et psychologique)** |
| [ ]  Absence ou difficulté dans le suivi médical[ ]  Refus d’aide et/ou de soins [ ]  Difficultés d’observance du traitement[ ]  Conduites addictives [ ]  Dégradation de l’état de santé[ ]  Symptômes physiques : douleurs, plaies…[ ]  Troubles cognitifs[ ]  Déficience sensorielle | [ ]  Troubles du comportement[ ]  Troubles nutritionnels[ ]  Troubles psychiques[ ]  Déficience intellectuelle [ ]  Pathologies diagnostiquées[ ]  Hospitalisations non programmées répétées[ ]  Soins palliatifs |
| **Commentaires** :  |
| **Domaine de l’autonomie** | **Domaine de l’habitat** |
| [ ]  Problèmes dans les actes essentiels de la vie quotidienne[ ]  Problèmes dans les activités de la vie courante[ ]  Aides techniques et/ou matériel inadapté ou inexistant[ ]  Difficultés à exprimer ses souhaits, ses besoins et/ou à prendre des décisions | [ ]  Isolement géographique[ ]  Habitat inadapté[ ]  Insalubrité/vétusté/encombrement |
| **Commentaires** :  | **Commentaires** :  |
| **Domaine de l’environnement familial et relationnel** | **Domaine social, scolaire et professionnel** |
| [ ]  Epuisement/Incapacité ou aide inadaptée de l’aidant[ ]  Absence d’entourage ou d’aidant[ ]  Risque ou suspicion d’abus, de maltraitance[ ]  Difficultés de communication[ ]  Difficultés dans les relations familiales | [ ]  Difficultés/Incapacités dans la gestion financière et/ou administrative[ ]  Problèmes d’accès aux droits[ ]  Précarité économique [ ]  Difficultés liées à la scolarité[ ]  Difficultés liées à l’emploi |
| **Commentaires** :  | **Commentaires** :  |
| **Domaine de l’environnement de prise en charge** |
| [ ]  Offre inexistante [ ]  Difficulté dans le lien ville/hôpital[ ]  Offre non mise en place [ ]  Manque de lien entre les professionnels[ ]  Pas d’aide financière possible [ ]  Epuisement des professionnels, risque de retrait |
| **Commentaires** :  |

|  |
| --- |
|  |
| **Qu’attendez-vous de notre intervention \*?** | **DEMARCHES/ACTIONS réalisées par vous ou les autres professionnels identifiés\*** |
| Je souhaite présenter la situation au Comité de situations complexes pour une analyse collective par des professionnels du territoire :[ ]  Oui [ ]  Non | **En cas d’hospitalisation récente, précisez les dates d’entrée et de sortie ainsi que le service concerné :**  |