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 Non  Nom 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 Non  Nom-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 :** |