

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 :

Téléphone :

Fonction/Service :

Messagerie sécurisée :

Commune :

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**

- 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

Commentaires :**Domaine de l'habitat**

- Isolement géographique
- Habitat inadapté
- Insalubrité/vétusté/encombrement

Commentaires :**Domaine de l'environnement familial et relationnel**

- 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

Commentaires :**Domaine social, scolaire et professionnel**

- 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 :**Domaine de l'environnement de prise en charge**

- Offre inexistante
- Offre non mise en place
- Pas d'aide financière possible
- Difficulté dans le lien ville/hôpital
- Manque de lien entre les professionnels
- 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 :

Ce formulaire est à adresser à :

Si vous disposez d'une messagerie sécurisée de santé : accueil@aps56.mssante.fr

Si vous ne disposez pas d'une messagerie sécurisée de santé : accueil@aps56.org