

## 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 être OBLIGATOIREMENT 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\*

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 :

### PERSONNE RESSOURCE

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)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Absence ou difficulté dans le suivi médical | <input type="checkbox"/> Troubles du comportement                  |
| <input type="checkbox"/> Refus d'aide et/ou de soins                 | <input type="checkbox"/> Troubles nutritionnels                    |
| <input type="checkbox"/> Difficultés d'observance du traitement      | <input type="checkbox"/> Troubles psychiques                       |
| <input type="checkbox"/> Conduites addictives                        | <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle                 |
| <input type="checkbox"/> Dégradation de l'état de santé              | <input type="checkbox"/> Pathologies diagnostiquées                |
| <input type="checkbox"/> Symptômes physiques : douleurs, plaies...   | <input type="checkbox"/> Hospitalisations non programmées répétées |
| <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs                          | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs                          |
| <input type="checkbox"/> Déficience sensorielle                      |  |

**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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Offre adaptée inexistante ou non mise en place | <input type="checkbox"/> Manque de lien entre les professionnels          |
| <input type="checkbox"/> Pas d'aide financière possible                 | <input type="checkbox"/> Epuisement des professionnels, risque de retrait |
| <input type="checkbox"/> Difficulté dans le lien ville/hôpital          |   |

**Commentaires :**

**Qu'attendez-vous de notre intervention \*?**

**DEMARCHES/ACTIONS réalisées par vous ou les autres professionnels identifiés\***

Ce formulaire est à adresser :

-Par messagerie : [accueil.aps56@telesantebretagne.org](mailto:accueil.aps56@telesantebretagne.org)

-Par voie postale : Site de Saint-Avé : Appui au Parcours de Santé - 01 rue Jean Guyomarc'h -ZA Saint Thébaud- 56890 SAINT-AVE **OU** Site d'Auray : Association Appui au Parcours de Santé - BP 60125 - 56401 AURAY Cedex