

DEMANDE D'APPUI ou COMITÉ SITUATIONS COMPLEXES

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, **à compléter uniquement** si la personne elle-même ou son aidant principal n'est pas en mesure de contacter l'EAS directement.

DEMANDE D'APPUI

- Je sollicite le DAC pour un appui à la coordination
La personne ou son représentant légal doit
OBLIGATOIREMENT être informée de la demande.
Confirmez-vous que c'est bien le cas ? Oui Non

OU

COMITÉ SITUATIONS COMPLEXES

- Je souhaite présenter la situation au Comité de situations complexes pour une analyse collective par des professionnels du territoire

Date de la demande*: Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

La personne vit seule ? Oui Non, précisez :

La personne peut-elle être contactée directement ? Oui Non

Est-elle actuellement hospitalisée ? Oui Non Si oui, date de sortie : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Médecin traitant* : Est-il informé de la demande ? Oui Non

Nom médecin traitant :

Commune :

DEMANDEUR*

Nom/Prénom :

Téléphone :

Fonction/Service :

Messagerie de santé :

Adresse :

Mail non sécurisé :

PERSONNE CONCERNEE*

Mr Mme

Nom de naissance :

Nom d'usage - Prénom :

Date de naissance :

Situation familiale :

Adresse :

Téléphone :

Mesure de protection juridique :

Oui Non En cours Non connu

PERSONNE RESSOURCE ET/OU AIDANT PRINCIPAL

Est-elle informée de la demande ? Oui Non

Peut-elle être contactée ? Oui Non Non connu

Nom - Prénom :

Nature du lien :

Téléphone :

Adresse :

Mail :

PROFESSIONNELS INTERVENANTS

| | Nom- Commune | Fréquence des interventions |
|---|--------------|-----------------------------|
| Infirmier et/ou Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) | | |
| Service à la personne | | |

| | | |
|-----------------------|--|--|
| Pharmacien | | |
| Kinésithérapeute | | |
| Médecin spécialiste | | |
| Service social | | |
| Mandataire judiciaire | | |
| | | |
| | | |

**Champs obligatoires*

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

Version de juillet 2024

PROBLEMATIQUES IDENTIFIEES A CE JOUR

(Expliquer les critères cochés dans « Précisions »)

| SANTE | ORGANISATION DU PARCOURS |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Accompagnement de fin de vie <input type="checkbox"/> Addictions <input type="checkbox"/> Conduites à risques <input type="checkbox"/> Déficit sensoriel <input type="checkbox"/> Pathologie chronique déséquilibrée et/ou évolutive <input type="checkbox"/> Problèmes de mobilité / chute <input type="checkbox"/> Problèmes de santé mentale <input type="checkbox"/> Problèmes liés aux traitements <input type="checkbox"/> Symptômes physiques <input type="checkbox"/> Troubles de la croissance et/ou du développement <input type="checkbox"/> Troubles alimentaires <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs <input type="checkbox"/> Troubles du comportement <input type="checkbox"/> Troubles du langage | <input type="checkbox"/> Coordination entre professionnels <input type="checkbox"/> Hospitalisations non programmées récurrentes (<i>dates et services à préciser ci-dessous</i>) <input type="checkbox"/> Intervention(s) insuffisante(s) ou inadaptée(s) <input type="checkbox"/> Offre inexistante ou insuffisante <input type="checkbox"/> Refus d'aide et de soins par la personne <input type="checkbox"/> Risque d'arrêt d'intervention des professionnels <input type="checkbox"/> Difficulté ou absence de suivi médical Structures d'hébergement et d'accueil : <input type="checkbox"/> Difficulté d'accès à des structures d'accueil de jour / partiel <input type="checkbox"/> Difficulté d'accès à des structures d'hébergement permanent |
| Précisions : | Précisions : |
| ENVIRONNEMENT & PROCHES AIDANTS | DOMAINE SOCIAL, SCOLAIRE ET PROFESSIONNEL |
| <input type="checkbox"/> Aide dans les actes essentiels de la vie <input type="checkbox"/> Aide dans les activités de la vie domestique <input type="checkbox"/> Habitat (inadapté, vétuste, insalubre, précarité énergétique) <input type="checkbox"/> Isolement social <input type="checkbox"/> Difficultés dans les relations familiales <input type="checkbox"/> Discordances entre les professionnels et la famille <input type="checkbox"/> Epuisement et/ou défaillance de l'aidant <input type="checkbox"/> Refus des aides par l'entourage | <input type="checkbox"/> Difficultés/Incapacités dans la gestion financière et/ou administrative <input type="checkbox"/> Précarité économique / financière <input type="checkbox"/> Problèmes d'accès aux droits <input type="checkbox"/> Risque d'abus de faiblesse / Vulnérabilité <input type="checkbox"/> Difficultés liées à la scolarité <input type="checkbox"/> Difficultés liées à l'emploi |
| Précisions : | Précisions : |

COMPLEMENT D'INFORMATIONS

Dossier MDPH : Oui Non En cours Non connu

Dossier APA : Oui Non En cours Non connu

Depuis quand connaissez-vous la situation ?

Quelles démarches/actions ont été réalisées par vous ou les autres professionnels intervenants ?

Quelles sont vos attentes vis-à-vis de l'Espace Autonomie Santé ?

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

Version de juillet 2024