

## 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\*:

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 :

**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](mailto:accueil@aps56.mssante.fr)  
Si vous ne disposez pas d'une messagerie sécurisée de santé : [accueil@aps56.org](mailto:accueil@aps56.org)

Version de juillet 2024

## PROBLEMATIQUES IDENTIFIEES A CE JOUR

(Expliquer les critères cochés dans « Précisions »)

SANTÉ	ORGANISATION DU PARCOURS
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Accompagnement de fin de vie</li> <li><input type="checkbox"/> Addictions</li> <li><input type="checkbox"/> Conduites à risques</li> <li><input type="checkbox"/> Déficit sensoriel</li> <li><input type="checkbox"/> Pathologie chronique déséquilibrée et/ou évolutive</li> <li><input type="checkbox"/> Problèmes de mobilité / chute</li> <li><input type="checkbox"/> Problèmes de santé mentale</li> <li><input type="checkbox"/> Problèmes liés aux traitements</li> <li><input type="checkbox"/> Symptômes physiques</li> <li><input type="checkbox"/> Troubles de la croissance et/ou du développement</li> <li><input type="checkbox"/> Troubles alimentaires</li> <li><input type="checkbox"/> Troubles cognitifs</li> <li><input type="checkbox"/> Troubles du comportement</li> <li><input type="checkbox"/> Troubles du langage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Coordination entre professionnels</li> <li><input type="checkbox"/> Hospitalisations non programmées récurrentes (<i>dates et services à préciser ci-dessous</i>)</li> <li><input type="checkbox"/> Intervention(s) insuffisante(s) ou inadaptée(s)</li> <li><input type="checkbox"/> Offre inexistante ou insuffisante</li> <li><input type="checkbox"/> Refus d'aide et de soins par la personne</li> <li><input type="checkbox"/> Risque d'arrêt d'intervention des professionnels</li> <li><input type="checkbox"/> Difficulté ou absence de suivi médical</li> </ul> <p><b>Structures d'hébergement et d'accueil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Difficulté d'accès à des structures d'accueil de jour / partiel</li> <li><input type="checkbox"/> Difficulté d'accès à des structures d'hébergement permanent</li> </ul>
<b>Précisions :</b>	<b>Précisions :</b>
ENVIRONNEMENT & PROCHES AIDANTS	DOMAINE SOCIAL, SCOLAIRE ET PROFESSIONNEL
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Aide dans les actes essentiels de la vie</li> <li><input type="checkbox"/> Aide dans les activités de la vie domestique</li> <li><input type="checkbox"/> Habitat (inadapté, vétuste, insalubre, précarité énergétique)</li> <li><input type="checkbox"/> Isolement social</li> <li><input type="checkbox"/> Difficultés dans les relations familiales</li> <li><input type="checkbox"/> Discordances entre les professionnels et la famille</li> <li><input type="checkbox"/> Epuisement et/ou défaillance de l'aidant</li> <li><input type="checkbox"/> Refus des aides par l'entourage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Difficultés/Incapacités dans la gestion financière et/ou administrative</li> <li><input type="checkbox"/> Précarité économique / financière</li> <li><input type="checkbox"/> Problèmes d'accès aux droits</li> <li><input type="checkbox"/> Risque d'abus de faiblesse / Vulnérabilité</li> <li><input type="checkbox"/> Difficultés liées à la scolarité</li> <li><input type="checkbox"/> Difficultés liées à l'emploi</li> </ul>
<b>Précisions :</b>	<b>Précisions :</b>

## 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](mailto:accueil@aps56.mssante.fr)

Si vous ne disposez pas d'une messagerie sécurisée de santé : [accueil@aps56.org](mailto:accueil@aps56.org)

Version de juillet 2024