

Demande d'appui situation complexe réservée à l'usage des professionnels

Public : toute personne, pour toute pathologie, sans critère d'âge, en situation perçue complexe au domicile

Date de la demande

Critères d'admission

- ☐ La personne est informée de la demande
 ☐ Accord du médecin traitant
☐ La personne a consenti au partage d'informations en équipe élargie

Cadre réservé à ASC

Date de réception : mode de réception : ☐ courrier - ☐ mail - coordinatrice de régulation :

Demandeur

Nom : _____ Tél : _____
 Fonction/Service : _____ Portable : _____
 Adresse : _____ Mail : _____
 Autre(s) professionnel(s) concerté(s) avant la demande : _____

Identité de la personne

☐ Homme ☐ Femme

Nom d'usage : _____
 Nom de naissance : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____
 Adresse : _____
 Ville : _____ Tel : _____

Référénts professionnels

Médecin traitant : _____
 Infirmier à domicile : _____
 Service d'aide à domicile : _____
 Kinésithérapeute : _____
 Service social : _____
 Mandataire : _____
 Autre (équipe mobile, accueil fe jour, pharmacien, spécialistes...)

Mode de vie

☐ Vit seul ☐ En couple ☐ En famille

Référénts (famille, entourage...) à contacter

Nom : _____
 Prénom : _____ Tel : _____
 Lien : _____
 Nom : _____
 Prénom : _____ Tel : _____
 Lien : _____

Évaluation démarches en cours

Motif(s) de la demande

Attente(s) du professionnel

-Domaine de la santé (physique et psychologique)

- ☐ Pathologie(s) existante(s)
- ☐ Absence de suivi médical
- ☐ Refus d'aide et de soins
- ☐ Difficulté d'observance du traitement
- ☐ Conduites addictives
- ☐ Altération de l'état général
- ☐ Symptôme(s) physique(s) (plaie, douleur,...)
- ☐ Troubles cognitifs
- ☐ Troubles du comportement
- ☐ Troubles nutritionnels (perte de poids, dénutrition,...)
- ☐ Troubles psychiques
- ☐ Modification et aggravation récente des troubles
- ☐ Déficience intellectuelle
- ☐ Hospitalisations répétées
- ☐ Soins palliatifs

Domaine de l'autonomie fonctionnelle (Vie quotidienne)

- ☐ Problèmes dans les actes essentiels de la vie
- ☐ Problèmes dans les activités de la vie domestique
- ☐ Problèmes de mobilité et d'équilibre (chute, transfert,...)

Domaine de l'habitat/sécurité individuelle

- ☐ Isolement géographique
- ☐ Habitat inadapté
- ☐ Habitat vétuste et insalubre

Domaine de l'environnement familial et relationnel

- ☐ Épuisement et/ou incapacité de l'aidant
- ☐ Isolement social
- ☐ Risque ou suspicion d'abus, de maltraitance
- ☐ Problématiques familiales
- ☐ Difficulté de communication
- ☐ Difficulté à exprimer ses souhaits, ses aspirations, ses besoins
- ☐ Difficulté à prendre des décisions

Domaine des aspects administratifs et/ou financiers

- ☐ Difficultés / incapacités dans la gestion financière et/ou administrative
- ☐ Problèmes d'accès aux droits
- ☐ Précarité économique

Domaine environnement de prise en charge

- ☐ Offre existante (sanitaire, social, médico-social)
- ☐ Manque de place / délai d'attente longs
- ☐ Offre non mis en place (sanitaire, social, médico-social)
- ☐ Manque de lien / de coordination entre les professionnels
- ☐ Intervention inadaptée ou insuffisante
- ☐ Épuisement des professionnels

Point(s) de vigilance pour garantir La sécurité des professionnels

☐ oui ☐ non

Si oui cocher les cases correspondantes ci-dessous :

- ☐ Risque sanitaire/incurie _____
- ☐ Contexte violence (physique/verbale) _____
- ☐ Animaux/nuisibles (préciser) : _____
- ☐ Autre (préciser) : _____

Explications des items cochés et complément d'informations sur la situation (état de santé, projet de la personne...)

[illegible]