

Demande d'appui situation complexe

Public : Personnes de tout âge, toute pathologie ou tout handicap dont la situation est perçue comme complexe.

Date de la demande* :

Est-elle informée de l'orientation* : Oui Non Si non pourquoi :

La personne est-elle opposée au partage d'informations entre les différents professionnels* : Oui Non

Si oui pourquoi :

Au regard des informations en votre possession, pensez-vous qu'un intervenant du DAC 34 peut se rendre au domicile de la personne en toute sécurité*? Oui Non Si non pourquoi et/ou Utile à savoir :

Identité de la personne*

M. Mme

NOM : Prénom :

NOM de jeune fille :

Date de naissance :

Commune de naissance :

Téléphone / Courriel :

Adresse :

Commune :

Vit seul(e) : Oui Non

Personne renseignant le formulaire*

M. Mme

NOM : Prénom :

Fonction / Qualité :

Structure :

Commune /secteur d'intervention :

Téléphone / Courriel :

ENTOURAGE

Personne à contacter :

NOM :

Prénom :

Lien avec la personne :

Courriel :

Téléphone :

Représentant légal : Oui Non

Statut : Famille Professionnel

NOM :

Prénom :

Courriel :

Téléphone :

LISTE DE L'ENTOURAGE PROFESSIONNEL OU NON PROFESSIONNEL EN PLACE

Fonction et structure (IDE, ASS, SAAD, kiné, voisin, famille ...)	NOM et Prénom	Tél / Courriel	Modalités d'intervention (nature, fréquence intervention etc.)
Médecin traitant			

ELEMENTS DE CONTEXTE AU MOMENT DE LA PRESENTE DEMANDE D'APPUI

Aspects familiaux et sociaux	Autonomie	Santé	Environnement et sécurité
<input type="checkbox"/> Aidant en difficulté <input type="checkbox"/> Conflit familial <input type="checkbox"/> Isolement social <input type="checkbox"/> Manque d'aide <input type="checkbox"/> Problématique financière/budgétaire <input type="checkbox"/> Problématique administrative/juridique <input type="checkbox"/> Problématique liée à la scolarité <input type="checkbox"/> Problématique liée à l'insertion socio-professionnelle <input type="checkbox"/> Refus d'aide <input type="checkbox"/> Risque d'abus	<input type="checkbox"/> Difficultés à la mobilité <input type="checkbox"/> Problèmes dans les actes de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, se laver, s'alimenter, gérer l'hygiène de l'élimination...) <input type="checkbox"/> Problèmes dans les activités de la vie domestique (courses, ménage, linge, repas, médicaments...)	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> Chutes fréquentes <input type="checkbox"/> Douleurs <input type="checkbox"/> Hospitalisations fréquentes <input type="checkbox"/> Maladie chronique invalidante <input type="checkbox"/> Refus de soins <input type="checkbox"/> Renoncement aux soins <input type="checkbox"/> Troubles moteurs <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels <input type="checkbox"/> Troubles du comportement / agressivité <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs / Désorientation	<input type="checkbox"/> Absence de ressource soignante <input type="checkbox"/> Incapacité à donner l'alerte <input type="checkbox"/> Isolement géographique <input type="checkbox"/> Logement inadapté <input type="checkbox"/> Logement vétuste / insalubre

Exposé de la situation*

Attente(s) du demandeur*

THEMATIQUE(S)

- Douleur chronique
 Oncologie
 Soins palliatifs
 Personnes Âgées
 COVID long
 Personnes en situation de handicap
 Santé mentale
 Enfance
 Obésité pédiatrique
 Maladie Neuro évolutive
 Autres