



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* :

La personne est-elle informée de la demande* : Oui Non Sinon, 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 :

<u>Identité de la personne*</u>	<u>Personne renseignant le formulaire*</u>
NOM : _____ Prénom : _____	M. Mme
<i>NOM de jeune fille :</i> _____	NOM : _____ Prénom : _____
Sexe : Féminin Masculin Indéterminé	Fonction / Qualité : _____
Date de naissance : _____	Structure : _____
Commune de naissance : _____	Commune / secteur d'intervention : _____
Téléphone / Courriel : _____	Téléphone / Courriel : _____
Adresse : _____	
Commune : _____	
Vit seul(e) : Oui Non	

ENTOURAGE

Personne à contacter :

NOM : _____
Prénom : _____

Lien avec la personne : _____

Courriel : _____
Téléphone : _____

LISTE DE L'ENTOURAGE PROFESSIONNEL OU NON PROFESSIONNEL EN PLACE

Fonction et structure <small>(Mandataire judiciaire, professionnels libéraux, SAAD, ...)</small>	NOM et Prénom	Tél / Courriel	Modalités d'intervention <small>(Nature, fréquence intervention, type de mesure judiciaire, ...)</small>
Médecin traitant			

**Informations obligatoires*

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

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 aux 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