

Demande d'appui situation complexe

Public : Personne de tout âge, toute pathologie ou tout handicap dont la situation est ressentie comme complexe

La présente demande d'appui est à transmettre par mail à contact@dac34.org

Date de la demande :

La personne est-elle informée de la demande : Oui Non Si non, précisez pourquoi :

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

Si oui, précisez pourquoi :

Au regard des informations en votre possession, avez-vous connaissance d'éléments pouvant être un frein à une visite à domicile en sécurité ?

Oui Non Si oui, merci de préciser les informations utiles à savoir :

Identité de la personne

NOM :

NOM de naissance :

Prénom :

Sexe : Féminin Masculin Indéterminé

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 :

Mesure de protection :

Oui

Non

Sauvegarde Curatelle

Tutelle

Demande en cours

NOM :

Prénom :

Courriel :

Téléphone :

INTERVENANTS

| Fonction / Structure | NOM et Prénom | Tél / Courriel | Modalités d'intervention (Nature, fréquence intervention...) |
|---|---------------|----------------|---|
| Médecin traitant | | | |
| Infirmier(s) | | | |
| Service d'aide à domicile / emploi direct | | | |
| | | | |
| | | | |

DROITS

Précisez les droits ouverts ou en cours (ex : APA, PCH, RSA...)

Demande d'appui situation complexe

Public : Personne de tout âge, toute pathologie ou tout handicap dont la situation est ressentie comme complexe

La présente demande d'appui est à transmettre par mail à contact@dac34.org

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"/> Difficultés à la mobilité | <input type="checkbox"/> ALD | Absence de ressource soignante |
| <input type="checkbox"/> Conflit familial | <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"/> Chutes fréquentes | Incapacité à donner l'alerte Isolement géographique |
| <input type="checkbox"/> Isolement social | <input type="checkbox"/> Problèmes dans les activités de la vie domestique (courses, ménage, linge, repas, médicaments...) | <input type="checkbox"/> Douleurs | Logement inadapté |
| <input type="checkbox"/> Manque d'aide | | <input type="checkbox"/> Hospitalisations fréquentes | Logement vétuste / insalubre |
| <input type="checkbox"/> Problématique financière/budgétaire | | <input type="checkbox"/> Maladie chronique invalidante | |
| <input type="checkbox"/> Problématique administrative/juridique | | <input type="checkbox"/> Refus aux soins | |
| <input type="checkbox"/> Problématique liée à la scolarité | | <input type="checkbox"/> Renoncement aux soins | |
| <input type="checkbox"/> Problématique liée à l'insertion socio-professionnelle | | <input type="checkbox"/> Troubles moteurs | |
| <input type="checkbox"/> Refus d'aide | | <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels | |
| <input type="checkbox"/> Risque d'abus | | <input type="checkbox"/> Troubles du comportement | |
| | | <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs/Désorientation | |
| | | <input type="checkbox"/> Addictions | |

EXPOSE DE LA SITUATION

ATTENTE(S) DU DEMANDEUR