



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"/> 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 <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs/Désorientation <input type="checkbox"/> Addictions	Absence de ressource soignante Incapacité à donner l'alerte Isolement géographique Logement inadapté Logement vétuste / insalubre Logement non pérenne (hébergement, expulsion en cours, SDF...)

EXPOSE DE LA SITUATION

ATTENTE(S) DU DEMANDEUR