( 02 97 30 00 00

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  **Demande d’appui pour une situation complexe****Public** : toute personne, toute pathologie, sans critère d’âge, en situation perçue comme complexe au domicile |  | [ ]  **Demande de suivi en Education Thérapeutique (ETP)****Public** : toute personne, toute pathologie, sans critère d’âge |

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de la demande :**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | [ ]  La personne est informée de la demande[ ]  La personne a consenti au partage d’information |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***Demandeur*** |  |
| Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Fonction/service : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. CP/Ville : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***Identité de la personne*** |  | ***Aidant principal*** |
| Nom/Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.CP/Ville : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Situation familiale : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Mesure de protection juridique : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Nom/prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Nature du lien : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.CP/Ville : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Tél. : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***Droits ouverts*** |  |
| [ ]  APA | [ ]  Aide sociale | [ ]  Caisse de retraite | [ ]  AAH | [ ]  PCH |
| [ ]  Demande en cours | Compléments d’informations : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***Accompagnements / coordonnées des intervenants*** |  |
| **Professionnel** | **Coordonnées** | **Fréquence des interventions** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **CRITERE 1 : AUTONOMIE ET ETAT DE SANTE** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Champ médical** |  |  |   | **Autonomie fonctionnelle** |  |
| [ ]  Pathologies : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.[ ]  Dégradation de l’état général[ ]  Hospitalisations répétées[ ]  Troubles cognitifs[ ]  Troubles du comportement [ ]  Troubles psychiques [ ]  Conduites addictives[ ]  Absence de suivi médical[ ]  Refus de soins ou d’aide |  | [ ]  Difficultés dans les actes essentiels de la vie quotidienne [ ]  Difficultés dans la réalisation des actes domestiques [ ]  Difficultés dans les activités sociales et/ou professionnelles |
|  |
|  | **Autonomie décisionnelle** |  |
| [ ]  Difficultés de gestion financière et/ou administrative[ ]  Difficultés à prendre des décisions[ ]  Difficultés à exprimer ses souhaits, aspirations et besoins[ ]  Difficultés dans l’élaboration d’un projet de vie |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CRITERE 2 : ENTOURAGE** |  | **CRITERE 3 : ENVIRONNEMENT** |
| **Professionnel** [ ]  Interventions inadaptées ou insuffisantes[ ]  Epuisement des professionnels[ ]  Difficultés de coordination autour de la situation**Familial / amical**Présence de l’aidant [ ]  *Très présent*  [ ]  *Présent*  [ ]  *Peu* [ ]  *Absent*[ ]  Epuisement du/des aidant(s) [ ]  Déni du/des aidant(s) [ ]  Refus du/des aidant(s)[ ]  Aidant malade / hospitalisé [ ]  Récemment décédé [ ]  Problématique liée à l’entourage compromettant le maintien à domicile |  | [ ]  Difficulté de communication [ ]  Absence de moyens de communication [ ]  Logement isolé [ ]  Inadapté [ ]  Vétuste ou insalubre [ ]  Présence d’un ou plusieurs animaux de compagnie[ ] Difficulté à maintenir la sécurité pour soi ou autrui [ ]  Aide technique inexistante ou inadaptée [ ]  Isolement social [ ] Risque ou suspicion de maltraitance [ ] Fragilité financière [ ]  Risque d’abus de faiblesse |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | ***COMPLEMENTS D’INFORMATIONS*** |   |
| Depuis quand connaissez-vous la situation ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Quelles démarches / actions ont été réalisées ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Quelles sont vos attentes vis-à-vis de Cap Autonomie Santé ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

*Conformément à la loi « Informatique et Libertés » modifiée du 6/01/1978, les usagers bénéficient* ***d’un droit d’accès et de rectification*** *aux informations les concernant et peuvent s’****opposer au traitement de leurs données*** *en écrivant à l’adresse mentionnée en page 1.*