( 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.*