*\*Merci de cocher les cases correspondant à la situation*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Situation complexe\***  Toute personne, toute pathologie, sans critère d’âge, en situation perçue comme  complexe au domicile |  | **Suivi en Education Thérapeutique\***  Toute personne, toute pathologie,  sans critère d’âge |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date de la demande**  Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |  | la personne est informée de la demande\*  la personne a consenti au partage d’informations\* |

**Demandeur**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identité de la personne**  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.  Vit seul(e) |  | **Aidant principal**  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. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Référents professionnels** | **Coordonnées** | **Fréquence des interventions** |
| **Médecin traitant** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Infirmier :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Service à la personne :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Service social :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Mandataire :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Autres (Pharmacien, Kiné…) :** 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. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Santé (physique et psychologique)\***  Pathologie(s) existante(s)  Handicap  Conduites addictives  Altération de l’état général  Troubles cognitifs ou du comportement  Hospitalisations répétées  Absence de suivi médical |  | **Vie quotidienne\***  Difficultés pour :  la toilette  l’habillage  les repas  les courses  la mobilité |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Habitat\***  Isolement géographique  Logement inadapté  Logement vétuste, insalubre |  | **Administratif et/ou finances\***  Difficultés dans la gestion financière  Difficultés dans la gestion administrative  Précarité |

|  |  |
| --- | --- |
| **Environnement familial et relationnel**  Epuisement et/ou incapacité de l’aidant  Isolement social  Problématiques familiales | Difficultés de communication  Epuisement et/ou incapacité de l’aidant  Difficultés à prendre des décisions |

**Complément 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.