*\*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.