

Demande d'appui

 02 97 30 00 00

**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

la personne est informée de la demande*

la personne a consenti au partage d'informations*

Demander

Nom/prénom :

Fonction/service :

Adresse :

Tél. :

CP – Ville :

Mail :

Identité de la personne

Nom/prénom :

Date de naissance :

Adresse :

CP – Ville :

Tél. :

Vit seul(e)

Aidant principal

Nom/prénom :

Nature du lien :

Adresse :

CP – Ville :

Tél.

Référents professionnels	Coordonnées	Fréquence des interventions
Médecin traitant :		
Infirmier :		
Service à la personne :		
Service social :		
Mandataire :		

Autres (Pharmacien, Kiné...) :		

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 ?

Quelles démarches/actions ont été réalisées ?

Quelles sont vos attentes vis-à-vis de Cap Autonomie Santé ?