

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'information*

Demandeur

Nom/Prénom :

Adresse :

CP – Ville :

Fonction/Service :

Tél. :

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 :		
Autre (Pharmacien, Kiné...):		

A adresser par mail à l'adresse suivante : capautonomiesante@telesantebretagne.org

ou capautonomiesante.telesante@apicrypt.fr

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
- Refus de soins

Vie quotidienne*

Difficultés pour :

- la toilette
- l'habillement
- 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
- Difficultés à exprimer ses souhaits, ses besoins
- 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 ?