

# 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 : [contact@capas.mssante.fr](mailto:contact@capas.mssante.fr)

ou par courrier Cap Autonomie Santé 7 rue Léo Lagrange 56600 LANESTER

### 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 ?**