|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  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’information\* |

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 une date.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 principalNom/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. |
| **Autre (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. |

**Attention ! Changement d’adresse pour l’envoi des demandes d’appui :**

Si vous disposez d’une messagerie sécurisée de santé :**contact@capas.mssante.fr**

Si vous ne disposez pas d’une messagerie sécurisée de santé:**contact@capautonomiesante.bzh**

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’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 [ ]  Difficultés de communication[ ]  Isolement social [ ]  Difficultés à exprimer ses souhaits, ses besoins[ ]  Problématiques familiales [ ]  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. |
|  |