|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 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. |
| **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**](mailto:contact@capas.mssante.fr)

Si vous ne disposez pas d’une messagerie sécurisée de santé:[**contact@capautonomiesante.bzh**](mailto: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. |
|  |