

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**
 a consenti au partage d'information
 joignable directement
 Son médecin traitant est informé de la demande* :
 oui non

Demandeur

Nom/Prénom :	Fonction/Service :
Adresse :	Tél. :
CP – Ville :	Mail :

Identité de la personne

Nom/Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :
 CP - Ville :
 Tél. :
 Lieu de vie au moment de la demande* :
 Vit seul(e) est hospitalisé(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...) :		

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

Problématiques rencontrées

Santé *

- Trouble(s) du comportement
- Trouble(s) cognitifs
- Symptôme(s) physiques (douleurs, altération état général...)
- Problème(s) de santé mentale
- Problème(s) de mobilité / chute
- Pathologie(s) chronique(s) déséquilibrées ou évolutives
- Conduite(s) à risque (mise en danger)
- Addiction(s)
- Accompagnement fin de vie
- Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Organisation du parcours*

- Coordination entre professionnels
- Hospitalisations non programmées récurrentes
- Intervention(s) insuffisante(s) ou inadaptée(s)
- Offre inexistante ou insuffisante
- Refus d'aide et de soins
- Risque d'arrêt des interventions
- Difficulté ou absence de suivi médical

- Difficulté d'accès à des structures (hébergement, accueil de jour)

Environnement *

- Aide à la vie quotidienne
- Habitat (inadapté, insalubre, vétuste, ...)
- Isolement social
- Proches aidants (conflit intrafamilial, épuisement)

Administratif et/ou financier*

- Difficultés dans la gestion financière et/ou administrative
- Précarité économique / financière
- Problème d'accès aux droits
- Risque d'abus de faiblesse / Vulnérabilité

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 ?