|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  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** [ ]  **a consenti au partage d’information** [ ]  joignable directement | [ ]  La personne est informée de la demande\*[ ]  La personne a consenti au partage d’information\* |
|  | Son médecin traitant est informé de la demande\* : [ ]  oui [ ]  non  |  |

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.*Lieu de vie au moment de la demande\* :*[ ]  Vit seul(e) [ ]  est hospitalisé(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**

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 ?** 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. |
|  |