|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 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)

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. |
|  |