

Avec information du patient, famille, aidant ou personne de confiance par l'équipe  
(A renvoyer complétée par mail sécurisé ou courrier)

**Public : Toute personne, sans limite d'âge, en situation complexe et souhaitant rester à domicile**

**Date de la demande :**

**Date de fin de prise en charge :**

Délai souhaité d'intervention dans :  les 48 h  la semaine  les 15 jours  le mois

**IDENTITÉ DU DEMANDEUR :**

NOM :

Prénom :

Fonction :

Lieu d'exercice (structure/service) :

☎ :

Portable :

Mail :

Meilleur moment pour vous joindre (à compléter lors du 1<sup>er</sup> contact) :

Moyen de communication souhaité (à compléter lors du 1<sup>er</sup> contact) :

☎  Portable  Fax  Courrier  Mail sécurisé : \_\_\_\_\_ @

Si vous n'avez pas de mail sécurisé, souhaitez-vous que la plateforme d'appui vous en crée un :  oui  non

**IDENTITÉ DU MÉDECIN TRAITANT** (si demandeur différent)

**NOM du médecin traitant :**

Adresse :

☎ :

Portable :

Mail :

Le médecin traitant est-il informé de cette demande d'appui ?  oui  non

A-t-il donné son accord ?  oui  non Date :

**IDENTITÉ DU PATIENT**

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Adresse complète :

☎ : |

Portable :

Mail :

**Situation familiale :**  seul/e  en couple  en famille

**Personne à contacter** (si besoin) : NOM : Prénom :

Lien avec le patient :

☎ :

Le patient ou la personne de confiance a été informé (e) de la démarche de l'équipe :  oui  non

Avec information du patient, famille, aidant ou personne de confiance par l'équipe  
(A renvoyer complétée par mail sécurisé ou courrier)

## Antécédents, renseignements médicaux, traitements

(Merci de joindre les derniers comptes rendus médicaux et ordonnances à votre disposition)

Pathologie actuelle prédominante :

## Problème(s) justifiant la demande d'appui

Médical :

Social :

Médico-social :

## Type(s) d'appui souhaité avant évaluation pluridisciplinaire

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Appui à la coordination<br><input type="checkbox"/> Appui au maintien à domicile<br><input type="checkbox"/> Appui au retour après hospitalisation<br><input type="checkbox"/> Refus de soins<br><input type="checkbox"/> Soutien social (aides financières, ouverture de droits...)<br><input type="checkbox"/> Soutien aux aidants<br><input type="checkbox"/> Appui à l'intégration dans le parcours de soins<br><input type="checkbox"/> Préconisations thérapeutiques spécifiques<br><input type="checkbox"/> Mise en danger de la personne/des intervenants | <input type="checkbox"/> Soutien psychologique du patient<br><input type="checkbox"/> Appui à la prise en charge spécialisée complexe (diététique, soins palliatifs, douleur...)<br><input type="checkbox"/> Appui à l'éducation thérapeutique du patient<br><input type="checkbox"/> Connaissance de l'ensemble des intervenants<br><input type="checkbox"/> Réunion de concertation<br><input type="checkbox"/> Information/Orientation<br><input type="checkbox"/> Autres (préciser) : |
|--|---|

## Autres professionnels impliqués connus

Professionnels/ Services	Coordonnées : Nom/Prénom/ Adresse ou Téléphone
Infirmier : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	
Pharmacie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	
HAD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	
SSIAD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	
Service d'Aide à la personne : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	
Accueil de jour/nuit : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	
Suivi social : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	
CLIC : : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	
Mesure de protection : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	
Autre professionnel (Kiné, Dentiste, Orthophoniste, Podo, Pédiatre, SF, Psycho, Diét, Equipe mobile, Psychiatre, Ambulancier..) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	