

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^{er} contact) :

Moyen de communication souhaité (à compléter lors du 1^{er} 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
<input type="checkbox"/> Appui au maintien à domicile
<input type="checkbox"/> Appui au retour après hospitalisation
<input type="checkbox"/> Refus de soins
<input type="checkbox"/> Soutien social (aides financières, ouverture de droits...)
<input type="checkbox"/> Soutien aux aidants
<input type="checkbox"/> Appui à l'intégration dans le parcours de soins
<input type="checkbox"/> Préconisations thérapeutiques spécifiques
<input type="checkbox"/> Mise en danger de la personne/des intervenants | <input type="checkbox"/> Soutien psychologique du patient
<input type="checkbox"/> Appui à la prise en charge spécialisée complexe (diététique, soins palliatifs, douleur...)
<input type="checkbox"/> Appui à l'éducation thérapeutique du patient
<input type="checkbox"/> Connaissance de l'ensemble des intervenants
<input type="checkbox"/> Réunion de concertation
<input type="checkbox"/> Information/Orientation
<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	