

Public : toute personne, pour toute pathologie, sans critère d'âge,
en situation perçue complexe au domicile

Date de la demande

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> La personne est informée de la demande | <input type="checkbox"/> Le médecin est informé de la demande |
| <input type="checkbox"/> La personne a consenti au partage d'information en équipe élargie | <input type="checkbox"/> Accord du médecin |

Demandeur

Nom _____ Tél. _____
 Fonction / Service _____ Fax _____
 Adresse _____ Mail _____
 Autre(s) professionnel(s) concerté(s) avant la demande _____
 Moyen de communication souhaité (à compléter lors du 1^{er} contact) : tél. - mobile - fax - mail - courrier

Identité de la personne

Homme Femme

Nom _____
 Prénom _____
 Date de naissance _____
 Adresse _____
 Ville _____ Tél. _____

Situation familiale

Vit seul N'est pas seul à domicile
 Environnement familial impliqué : Oui Non

Référent familial

Nom _____
 Prénom _____ Tél. _____
 Lien _____

Personne de confiance (Formulaire rempli)

Nom _____
 Prénom _____ Tél. _____

Référents professionnels

Médecin traitant _____
 Infirmier à domicile _____
 Service d'aide à domicile _____
 Pharmacien _____
 Kinésithérapeute _____
 Spécialistes _____
 Service social _____
 Mandataire _____
 Autres (équipe mobile, accueil de jour...) _____

Évaluation(s) faite(s) ou en cours (GIR, MDPH...) :

Domaine de la Santé (Physique et psychologique)

- Pathologie(s) existante(s) _____
- Absence de suivi médical _____
- Refus d'aide et de soins _____
- Difficulté d'observance du traitement _____
- Conduites addictives _____
- Altération de l'état général _____
- Symptômes Physiques (plaie, douleur, ..) _____
- Troubles cognitifs _____
- Troubles du comportement _____
- Troubles nutritionnels (perte poids, dénutrition, ...) _____
- Troubles Psychiques _____
- Modification ou aggravation récente des troubles _____
- Déficience intellectuelle _____
- Hospitalisations répétées _____
- Soins palliatifs _____

Domaine de l'autonomie fonctionnelle (Vie quotidienne)

- Problèmes dans les actes essentiels de la vie
- Problèmes dans les activités de la vie domestique
- Problèmes de mobilité et équilibre (chute, transfert...)

Domaine de l'habitat / sécurité individuelle

- Isolement géographique
- Habitat inadapté
- Habitat vétuste ou insalubre

Domaine de l'environnement familial et relationnel

- Épuisement et/ou incapacité de l'aidant
- Isolement social
- Risque ou suspicion d'abus, de maltraitance
- Problématiques familiales
- Difficultés de communication
- Difficultés à exprimer ses souhaits, ses aspirations, ses besoins
- Difficultés à prendre des décisions

Domaine des aspects administratifs et/ou financiers

- Difficultés / incapacités dans la gestion financière et/ou administrative
- Problèmes d'accès aux droits
- Précarité économique

Domaine environnement de prise en charge

- Offre inexistante (sanitaire, social, médico-social)
- Manque de place / délais d'attente longs
- Offre non mise en place (sanitaire, social, médico-social)
- Manque de lien / de coordination entre les professionnels
- Intervention inadaptée ou insuffisante
- Épuisement des professionnels

Explicites des items cochés et complément d'informations sur la situation (antécédents médicaux, projet de la personne...)

Motif de la demande : _____

Attente(s) du professionnel : _____
