**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 1er contact) :

Moyen de communication souhaité (à compléter lors du 1er 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 :

**CACHET PROFESSIONNEL**

**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

**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** |
| 🞎 Appui à la coordination🞎 Appui à la mobilisation/implication de la personne et/ou l’entourage🞎 Appui à la préparation à l’entrée en établissement🞎 Appui à l’éducation thérapeutique du patient🞎 Appui à l’intégration dans le parcours de soins 🞎 Appui au maintien à domicile🞎 Appui au retour à domicile🞎 Appui technique 🞎 Connaissance de l’ensemble des intervenants | 🞎 Demande d’hébergement d’urgence🞎 Information/Orientation🞎 Mise en danger de la personne/des intervenants🞎 Refus de soins🞎 Soutien aux aidants🞎 Soutien psychologique du patient🞎 Soutien social (aides financières, ouverture de droits…)🞎 Autres (préciser) : |

|  |
| --- |
| **Autres professionnels impliqués connus** |
| **Professionnels/ Services** | Coordonnées : Nom/Prénom/ Adresse ou Téléphone |
| Infirmier : 🞎Oui 🞎Non 🞎En cours |  |
| Pharmacie : 🞎Oui 🞎Non 🞎En cours |  |
| HAD : 🞎Oui 🞎Non 🞎En cours |  |
| SSIAD : 🞎Oui 🞎Non 🞎En cours |  |
| Service d’Aide à la personne : 🞎Oui 🞎Non 🞎En cours |  |
| Accueil de jour/nuit : 🞎Oui 🞎Non 🞎En cours |  |
| Suivi social : 🞎Oui 🞎Non 🞎En cours |  |
| CLIC : : 🞎Oui 🞎Non 🞎En cours |  |
| Mesure de protection : 🞎Oui 🞎Non 🞎En cours |  |
| Autre professionnel (Kiné, Dentiste, Orthophoniste, Podo, Pédiatre, SF, Psycho, Diét, Equipe mobile, Psychiatre, Ambulancier..)🞎Oui 🞎Non 🞎En cours |  |