



## DEMANDE D'APPUI

☎ 02 23 15 16 16

**Situation complexe \***

Toute personne, toute pathologie, sans critère d'âge, en situation perçue comme complexe au domicile

**Appui en Éducation Thérapeutique \***

Toute personne, toute pathologie, sans critère d'âge

**Date de la demande**

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

La personne est informée de la demande

La personne a consenti au partage d'information

**Demandeur**

Nom et Prénom : .....

Fonction / Service : .....

Adresse : .....

Tél : .....

Code postal et ville : .....

Mail : .....

**Identité de la personne concernée**

Nom et Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal et ville : .....

Tél : .....

Vit seul(e)     Personne hospitalisée

**Proche aidant principal**

Nom et Prénom : .....

Nature du lien : .....

Adresse : .....

Code postal et ville : .....

Tél : .....

**Référents professionnels connus**

**Coordonnées (Téléphone et/ou Mail)**

Médecin traitant : .....

Tél : .....

Mail : .....

Infirmier : .....

Tél : .....

Mail : .....

Service à la personne : .....

Tél : .....

Mail : .....

Service social : .....

Tél : .....

Mail : .....

Mandataire : .....

Tél : .....

Mail : .....

Autre (Pharmacien/Kiné...) : .....

Tél : .....

Mail : .....

**Retour d'information au professionnel ou acteur demandeur**

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nom structure / Service : .....

Orientation :  Validée     Invalidée     En attente → Motif : .....

### Environnement familial et relationnel \*

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

### Habitat \*

- Problème d'accessibilité au logement
- Isolement géographique
- Logement inadapté
- Logement vétuste, insalubre
- Sans domicile fixe
- Expulsion ou procédure d'expulsion en cours

### Vie quotidienne \*

- Difficultés pour :
- La toilette
  - L'habillement
  - Les repas
  - Les courses
  - La mobilité

### Santé (physique et psychologique)

- Pathologie(s) existante(s)
- Handicap
- Conduites addictives
- Altération de l'état général
- Troubles cognitifs ou du comportement
- Hospitalisations répétées
- Absence de suivi médical
- Refus de soins
- Refus des aides

### Administratif et/ou finances \*

- Difficultés dans la gestion financière
- Difficulté dans la gestion administrative
- Précarité financière
- Perte ou difficultés d'accès aux droits

### Programme(s) ETP \*

- Anticoagulants
- Asthme et BPCO
- Cancer & Dénutrition
- Cancérologie
- Dénutrition & Plaies
- Diabète de type 1 et 2
- Diabète Gestationnel
- Douleurs chroniques de l'appareil locomoteur
- Épilepsie
- Insuffisance cardiaque
- Lombalgie Chronique
- MICI
- Maladie chronique
- Ostéoporose
- Post-AVC
- Réhabilitation Respiratoire
- Rhumatisme Inflammatoire Chronique (RIC)
- Syndrome Métabolique
- Stress aiguë
- Maladie Chronique (annonce, anxiété ...)
- Santé cardiovasculaire

### Complément d'informations

Depuis quand connaissez-vous la situation ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Quelles démarches/actions ont été réalisées ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Quelles sont vos attentes vis-à-vis d'Appui-Santé-Rance-Emeraude ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\* Cases réservées aux situations complexes

\* Cases réservées à l'appui en Éducation Thérapeutique

À adresser par mail à l'adresse suivante : [contact@appui-sante.bzh](mailto:contact@appui-sante.bzh)