



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
 Accord du médecin traitant

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)

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
- Diabète de type 1 et 2
- Diabète Gestationnel
- Douleurs chroniques de l'appareil locomoteur
- Épilepsie
- Insuffisance cardiaque
- Lombalgie Chronique
- Maladies Inflammatoire Chronique de l'Intestin
- Maladie chronique
- Ostéoporose
- Post-AVC
- Réhabilitation Respiratoire
- Rhumatisme Inflammatoire Chronique (RIC)
- Surpoids-Obésité
- Stress aiguë
- Maladie Chronique (annonce, anxiété ...)
- Santé cardiovasculaire
- Trouble de la mémoire (aidé/aidant)
- Sclérose en plaques

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