



## Demande d'appui situation complexe

**Public :** Personnes de tout âge, toute pathologie ou tout handicap dont la situation est perçue comme complexe.

**Date de la demande\* :**

Est-elle informée de l'orientation\* :    Oui    Non    Si non pourquoi :

La personne est-elle opposée au partage d'informations entre les différents professionnels\* :    Oui    Non

Si oui pourquoi :

Au regard des informations en votre possession, pensez-vous qu'un intervenant du DAC 34 peut se rendre au domicile de la personne en toute sécurité\*?    Oui    Non    Si non pourquoi et/ou Utile à savoir :

**Identité de la personne\***

M.                      Mme

NOM :                                      Prénom :

*NOM de jeune fille :*

Date de naissance :

Téléphone / Courriel :

Adresse :

Vit seul(e) :  Oui     Non

**Personne renseignant le formulaire\***

M.                       Mme

NOM :                                      Prénom :

Fonction / Qualité :

Structure :

Téléphone / Courriel :

**ENTOURAGE**

**Personne à contacter :**

NOM :

Prénom :

Lien avec la personne :

Courriel :

Téléphone :

**Représentant légal :**                      Oui    Non

Statut :    Famille                      Professionnel

NOM :

Prénom :

Courriel :

Téléphone :

**Médecin traitant :**

**LISTE DE L'ENTOURAGE PROFESSIONNEL OU NON PROFESSIONNEL EN PLACE**

Fonction et structure (IDE, ASS, SAAD, kiné, voisin, famille ...)	NOM et Prénom	Tél / Courriel	Modalités d'intervention (nature, fréquence intervention etc.)

*\*Informations obligatoires*

**ELEMENTS DE CONTEXTE AU MOMENT DE LA PRESENTE DEMANDE D'APPUI**

Aspects familiaux et sociaux	Autonomie	Santé	Environnement et sécurité
<input type="checkbox"/> Aidant en difficulté <input type="checkbox"/> Conflit familial <input type="checkbox"/> Isolement social <input type="checkbox"/> Manque d'aide <input type="checkbox"/> Problématique financière/budgétaire <input type="checkbox"/> Problématique administrative/juridique <input type="checkbox"/> Problématique liée à la scolarité <input type="checkbox"/> Problématique liée à l'insertion socio-professionnelle <input type="checkbox"/> Refus d'aide <input type="checkbox"/> Risque d'abus	<input type="checkbox"/> Difficultés à la mobilité <input type="checkbox"/> Problèmes dans les actes de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, se laver, s'alimenter, gérer l'hygiène de l'élimination...) <input type="checkbox"/> Problèmes dans les activités de la vie domestique (courses, ménage, linge, repas, médicaments...)	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> Chutes fréquentes <input type="checkbox"/> Douleurs <input type="checkbox"/> Hospitalisations fréquentes <input type="checkbox"/> Maladie chronique invalidante <input type="checkbox"/> Refus / Renoncement aux soins <input type="checkbox"/> Troubles moteurs <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels <input type="checkbox"/> Troubles du comportement / agressivité <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs / Désorientation	<input type="checkbox"/> Absence de ressource soignante <input type="checkbox"/> Incapacité à donner l'alerte <input type="checkbox"/> Isolement géographique <input type="checkbox"/> Logement inadapté <input type="checkbox"/> Logement vétuste / insalubre

Exposé de la situation\*

Attente(s) du demandeur\*

**THEMATIQUE(S)**

- Douleur chronique  
  Oncologie  
  Soins palliatifs  
  Personnes Âgées  
  COVID long  
  Personnes en situation de handicap  
 Santé mentale  
  Enfance  
  Obésité pédiatrique  
  Maladie Neuro évolutive  
  Autres