

ESPACE AUTONOMIE SANTÉ Auray – Belle Ile - Vannes

INFORMER, ACCOMPAGNER, SOUTENIR

DEMANDE D'APPUI ou COMITÉ SITUATIONS COMPLEXES

Objectif : Faciliter le maintien à domicile et le parcours de vie d'une personne cumulant diverses difficultés (sans critère d'âge et de pathologie). Pour les personnes de + 60 ans, **à compléter uniquement** si la personne elle-même ou son aidant principal n'est pas en mesure de contacter l'EAS directement.

DEMANDE D'APPUI

- ☐ Je sollicite le DAC pour un appui à la coordination
La personne ou son représentant légal doit
OBLIGATOIREMENT être informée de la demande.
Confirmez-vous que c'est bien le cas ? ☐ Oui ☐ Non

OU**COMITÉ SITUATIONS COMPLEXES**

- ☐ Je souhaite présenter la situation au Comité de situations complexes pour une analyse collective par des professionnels du territoire

Date de la demande* :La personne vit seule ? ☐ Oui ☐ Non, précisez :La personne peut-elle être contactée directement ? ☐ Oui ☐ NonEst-elle actuellement hospitalisée ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, date de sortie :**Médecin traitant *** : Est-il informé de la demande ? ☐ Oui ☐ Non

Nom médecin traitant :

Commune :

DEMANDEUR*

Nom/Prénom :

Fonction/Service :

Adresse :

Téléphone :

Messagerie de santé :

Mail non sécurisé :

Ce formulaire est à adresser à : Si vous disposez d'une messagerie sécurisée de santé : accueil@aps56.mssante.frSi vous ne disposez pas d'une messagerie sécurisée de santé : accueil@aps56.org

PERSONNE CONCERNEE*	PERSONNE RESSOURCE ET/OU AIDANT PRINCIPAL
☐ M. ☐ Mme Nom de naissance : Nom d'usage - Prénom : Date de naissance : Situation familiale : Adresse : Téléphone : Mesure de protection juridique : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ Non connu	Est-elle informée de la demande ? ☐ Oui ☐ Non Peut-elle être contactée ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Non connu Nom - Prénom : Nature du lien : Téléphone : Adresse : Mail :

PROFESSIONNELS INTERVENANTS		
	Nom- Commune	Fréquence des interventions
Infirmier et/ou Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)		
Service à la personne		
Pharmacien		
Kinésithérapeute		
Médecin spécialiste		
Service social		
Mandataire judiciaire		

Ce formulaire est à adresser à : Si vous disposez d'une messagerie sécurisée de santé : accueil@aps56.mssante.fr
 Si vous ne disposez pas d'une messagerie sécurisée de santé : accueil@aps56.org

PROBLEMATIQUES IDENTIFIEES A CE JOUR

(Expliquer les critères cochés dans « Précisions »)

SANTÉ

- ☐ Accompagnement de fin de vie
- ☐ Addictions
- ☐ Conduites à risques
- ☐ Déficit sensoriel
- ☐ Pathologie chronique déséquilibrée et/ou évolutive
- ☐ Problèmes de mobilité / chute
- ☐ Problèmes de santé mentale
- ☐ Problèmes liés aux traitements
- ☐ Symptômes physiques
- ☐ Troubles de la croissance et/ou du développement
- ☐ Troubles alimentaires
- ☐ Troubles cognitifs
- ☐ Troubles du comportement
- ☐ Troubles du langage

Précisions :

ORGANISATION DU PARCOURS

- ☐ Coordination entre professionnels
- ☐ Hospitalisations non programmées récurrentes (dates et services à préciser ci-dessous)
- ☐ Intervention(s) insuffisante(s) ou inadaptée(s)
- ☐ Offre inexistante ou insuffisante
- ☐ Refus d'aide et de soins par la personne
- ☐ Risque d'arrêt d'intervention des professionnels
- ☐ Difficulté ou absence de suivi médical

Structures d'hébergement et d'accueil :

- ☐ Difficulté d'accès à des structures d'accueil de jour / partiel
- ☐ Difficulté d'accès à des structures d'hébergement permanent

Précisions :

ENVIRONNEMENT & PROCHES AIDANTS

- ☐ Aide dans les actes essentiels de la vie
- ☐ Aide dans les activités de la vie domestique
- ☐ Habitat (inadapté, vétuste, insalubre, précarité énergétique)
- ☐ Isolement social
- ☐ Difficultés dans les relations familiales
- ☐ Discordances entre les professionnels et la famille
- ☐ Epuisement et/ou défaillance de l'aidant
- ☐ Refus des aides par l'entourage

Précisions :

DOMAINE SOCIAL, SCOLAIRE ET PROFESSIONNEL

- ☐ Difficultés/Incapacités dans la gestion financière et/ou administrative
- ☐ Précarité économique / financière
- ☐ Problèmes d'accès aux droits
- ☐ Risque d'abus de faiblesse / Vulnérabilité
- ☐ Difficultés liées à la scolarité
- ☐ Difficultés liées à l'emploi

Précisions :

Ce formulaire est à adresser à : Si vous disposez d'une messagerie sécurisée de santé : accueil@aps56.mssante.fr

Si vous ne disposez pas d'une messagerie sécurisée de santé : accueil@aps56.org

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Dossier MDPH : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ Non connu**Dossier APA** : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ Non connu

Depuis quand connaissez-vous la situation ?

Quelles démarches/actions ont été réalisées par vous ou les autres professionnels intervenants ?

Quelles sont vos attentes vis-à-vis de l'Espace Autonomie Santé ?

Zone de commentaire pour nous apporter toutes informations importantes**Ce formulaire est à adresser à** : Si vous disposez d'une messagerie sécurisée de santé : accueil@aps56.mssante.frSi vous ne disposez pas d'une messagerie sécurisée de santé : accueil@aps56.org