

Public : toute personne ayant été informée de cette demande, pour toute pathologie, sans critère d'âge, en situation perçue complexe au domicile

Date de la demande :/...../..... **Situation connue depuis :**/...../.....

◆ **PROFESSIONNEL(S) ADRESSANT LA DEMANDE :**

Nom :	Nom :	Nom :
Fonction :	Fonction :	Fonction :
Service :	Service :	Service :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
Tél :	Tél :	Tél :
E-mail :	E-mail :	E-mail :

La personne, ou son représentant légal le cas échéant, doivent être informés de la demande d'orientation.

Dans le cadre de l'orientation vers le dispositif d'appui à la coordination, la personne et/ou son référent :

- Ont-ils donné leur accord pour un partage d'informations entre professionnels ? Oui Non
(cf Article R.1110-1 du Décret n°2016-994 du 20/07/2016)
- Avez-vous pu recueillir le consentement ? : Oui Non
- Le médecin a-t-il donné son accord ? : Oui Non NSP

◆ **PERSONNE CONCERNEE :**

Nom d'usage:..... Nom de naissance :

Prénom (s) : Date de naissance :/...../.....

Adresse : Tél :

Situation familiale : Vit seul : Oui Non, précisez

Coordonnées du référent principal :

Lieu de vie actuel :

En cas d'hospitalisation : Date d'entrée :/...../..... Date de sortie si connue :/...../.....

Motif d'entrée :

Mesure de protection : Oui Non en cours à envisager

Personne de confiance : Oui, précisez Non

APA / PCH : Oui Non en cours à envisager Autres ? Précisez :

◆ **PROFESSIONNELS INTERVENANTS : (Nom - Ville - Numéro de téléphone)**

Médecin traitant :

Infirmiers ou SSIAD ou CSI :

Service d'aides à domicile / service autonomie :

Service social du Département / CLIC :

Mandataire judiciaire :

Autres* :

Référent :

*ESA / HAD / Accueil de jour / Téléalarme / Portage de repas / SESSAD / SAVS / SAMSAH / AVS...

DESCRIPTIF DE LA SITUATION

PROBLEMATIQUES RENCONTREES

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

◆ ETAT DE SANTE :

<input type="checkbox"/> Problèmes de santé, pathologies chroniques (diagnostiquées ou en cours de diagnostic)
<input type="checkbox"/> Troubles décisionnels
<input type="checkbox"/> Troubles fonctionnels (Difficultés à effectuer les actes domestiques et/ou à effectuer les actes essentiels de la vie)
<input type="checkbox"/> Troubles cognitifs <input type="checkbox"/> Chutes <input type="checkbox"/> Hospitalisations répétées, non programmées <input type="checkbox"/> Addictions
<input type="checkbox"/> Troubles du comportement (opposition, déambulation, agitation...)

◆ AIDES ET SOINS :

<input type="checkbox"/> Absence ou manque de continuité dans le suivi médical
<input type="checkbox"/> Refus d'aides et de soins de la personne et/ou de son entourage
<input type="checkbox"/> Aides humaines (professionnelles et/ou entourage) et/ou techniques inadaptées et/ou insuffisantes
<input type="checkbox"/> Épuisement des professionnels et/ou de l'aidant principal

◆ ENVIRONNEMENT :

→ Liens familiaux et sociaux			
<input type="checkbox"/> Isolement, rupture des liens	<input type="checkbox"/> Indisponibilité de l'entourage	<input type="checkbox"/> Limites des aidants (épuisement-conflit-décès)	
→ Situation Economique			
<input type="checkbox"/> Difficulté financière et/ou administrative		<input type="checkbox"/> Précarité	
→ Lieu de Vie			
<input type="checkbox"/> Logement inadapté	<input type="checkbox"/> Isolement géographique	<input type="checkbox"/> Problèmes d'accessibilité	<input type="checkbox"/> Insalubrité, vétusté
<input type="checkbox"/> Présence d'animaux			

ATTENTES DU/DES PROFESSIONNEL/S :

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

Appui Santé Centre Ouest Bretagne • 21 avenue du Général de Gaulle • 29270 CARHAIX PLOUGUER • Tél. : 02.21.62.01.75
Ouvert du lundi au vendredi de 9h-12h30 / 13h-17h

Fiche à envoyer à :

Messagerie sécurisée : accueil@appuisantecob.mssante.fr

Messagerie : accueil@appuisantecob.bzh

N'hésitez pas à adjoindre une note complémentaire à cette fiche d'orientation, merci !