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 :………………………………….

Fonction : …………………………..

Service :……………………………...

Adresse : …………………………….

Tél : …………………..………………..

E-mail :…………………………………

Nom :………………………………….

Fonction : …………………………..

Service :……………………………...

Adresse : …………………………….

Tél : …………………..………………..

E-mail :…………………………………

Nom :………………………………….

Fonction : ……………………….….

Service :……………………………...

Adresse : …………………………….

Tél : …………………..………………..

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 : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**PROBLEMATIQUES RENCONTREES**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* **etat de sante :**

Problèmes de santé, pathologies chroniques (diagnostiquées ou en cours de diagnostic)

Troubles décisionnels

Troubles fonctionnels (Difficultés à effectuer les actes domestiques et/ou à effectuer les actes essentiels de la vie)

Troubles cognitifs Chutes Hospitalisations répétées, non programmées Addictions

Troubles du comportement (opposition, déambulation, agitation…)

* **Aides et soins :**

Absence ou manque de continuité dans le suivi médical

Refus d’aides et de soins de la personne et/ou de son entourage

Aides humaines (professionnelles et/ou entourage) et/ou techniques inadaptées et/ou insuffisantes

Épuisement des professionnels et/ou de l’aidant principal

* **environnement :**

**→ Liens familiaux et sociaux**

Isolement, rupture des liens Indisponibilité de l’entourage  Limites des aidants (épuisement-conflit-décès)

**→ Situation Economique**

Difficulté financière et/ou administrative Précarité

**→ Lieu de Vie**

Logement inadapté Isolement géographique  Problèmes d’accessibilité Insalubrité, vétusté

Présence d’animaux

**ATTENTES du/des professionnel/s :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….