

**Date de la demande :**


## IDENTITÉ DU SOLLICITANT

NOM :

Prénom :

Fonction :

Lieu d'exercice (structure/service) :

 : Portable :

Mail :

Meilleur moment pour vous joindre :

Moyen de communication souhaité :

  Portable  Courrier  Mail sécurisé :

Si vous n'avez pas de mail sécurisé, souhaitez-vous que la plateforme vous en crée un ?  oui  non

## IDENTITÉ DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE (si sollicitant différent)

**NOM du médecin généraliste :**

Adresse :

 : Portable :

Mail :

Le médecin généraliste est-il informé de cette demande d'appui ?  oui  non

A-t-il donné son accord ?  oui  non Date :

## IDENTITÉ DE LA PERSONNE

NOM : Prénom :

Date de naissance : Age :

Adresse complète :

 : Portable : Mail :

**Personne à contacter** (si besoin) : NOM : Prénom :

 : Portable :

Lien avec la personne :

Lieu actuel de prise en charge :  Domicile  Autre (adresse) :

La personne (ou la personne de confiance) a-t-elle été informée de cette demande d'appui ?  oui  non

A-t-elle donné son accord ?  oui  non Date :

## Problème(s) justifiant la demande d'appui

 Médical

 Médicosocial

 Social

Préciser les difficulté(s) ressentie(s) :

## Renseignements complémentaires (Antécédents, renseignements médicaux, traitements...)

## Autres professionnels impliqués connus

| Professionnels / Services   | Coordonnées : Nom / Prénom / Adresse / Téléphone |
|---|--|
| <b>Infirmier, CSI, SSIAD</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours  |  |
| <b>Pharmacie</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours  |  |
| <b>Autres professionnels</b> (kiné, dentiste, orthophoniste, podologue, pédiatre, psychologue, diététicienne, équipe mobile, psychiatre...) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours |  |
| <b>Aide à la personne</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours   |  |
| <b>Suivi social</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours   |  |
| <b>Mesure de protection</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours   |  |
| <b>Autres structures accompagnantes</b> :   |  |

## Exemple(s) d'appui possible(s)

- Information / Orientation vers une ressource du territoire
- Connaissance de l'ensemble des intervenants
- Organisation d'une réunion de concertation
- Appui à la coordination du parcours de santé
- Appui à l'intégration dans le parcours de soins
- Soutien social (aides financières, droits...)
- Appui à la prise en charge spécialisée complexe (diététique, soins palliatifs, douleur...)
- Soutien psychologique du patient
- Soutien aux aidants
- Appui au maintien à domicile
- Préconisations thérapeutiques spécifiques
- Appui au retour après hospitalisation
- Refus de soins

*En fonction de l'appui souhaité, la situation pourra être évaluée en équipe pluridisciplinaire.*