



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* :

La personne est-elle informée de la demande* : ☐ Oui ☐ Non Sinon, 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*

NOM : Prénom :

NOM de jeune fille :

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Indéterminé

Date de naissance :

Commune de naissance :

Téléphone / Courriel :

Adresse :

Commune :

Vit seul(e) : ☐ Oui ☐ Non

Personne renseignant le formulaire*

☐ M. ☐ Mme

NOM : Prénom :

Fonction / Qualité :

Structure :

Commune / secteur d'intervention :

Téléphone / Courriel :

ENTOURAGE

Personne à contacter :

NOM :

Prénom :

Lien avec la personne :

Courriel :

Téléphone :

LISTE DE L'ENTOURAGE PROFESSIONNEL OU NON PROFESSIONNEL EN PLACE

Fonction et structure (Mandataire judiciaire, professionnels libéraux, SAAD, ...)	NOM et Prénom	Tél / Courriel	Modalités d'intervention (Nature, fréquence intervention, type de mesure judiciaire, ...)
Médecin traitant			

*Informations obligatoires

Demande d'appui situation complexe

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

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

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