



# Demande d'appui Situation complexe

Réservée à l'usage des professionnels

Date de la  
demande

Consentement

La personne ou son représentant légal est informé(e) de la demande  oui  non

La personne est-elle en capacité de consentir  oui  non

La personne est informée de l'utilisation et du partage de ses données dans PREDICE  oui  non

Le médecin traitant est informé de la demande  oui  non

Demandeur

Identité : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Structure/Fonction : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Identité de la personne

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Situation familiale

Vit seul  N'est pas seul à domicile

Environnement familial impliqué :  Oui  Non

Vit en structure :  Oui  Non

Si oui préciser : .....

Personnes à contacter

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

Mesure de protection : Non  En cours  Oui  Si oui préciser : .....

Mandataire : \_\_\_\_\_ N° Tél : \_\_\_\_\_

GIRAGE APA 1  2  3  4  5  6

ALD :  Oui  Non PCH :  Oui  Non

Médecin traitant : \_\_\_\_\_  Sans Médecin traitant

Intervenants dans l'accompagnement :

FONCTION	NOM PRENOM	COORDONNEES	RYTHME D'INTERVENTIONS
PHARMACIEN DE VILLE			
IDE / Centre de soins			
SSIAD / HAD			
SAAD			
CLIC			

**Motif de la demande et attentes(s) du professionnel :**

---

---

---

---

**Domaine de la Santé (Physique et psychologique)**

- Pathologie(s) existante(s)
- Absence de suivi médical
- Refus d'aide et de soins
- Difficultés d'observance du traitement
- Conduites addictives
- Altération de l'état général
- Symptômes Physiques (plaie, douleur...)
- Troubles cognitifs
- Troubles du comportement
- Troubles nutritionnels (perte poids, dénutrition)
- Troubles psychiques
- Modification ou aggravation récentes des troubles
- Déficience intellectuelle
- Hospitalisations répétées
- Soins palliatifs
- Autre préciser : .....

**Domaine de l'autonomie fonctionnelle (Vie quotidienne)**

- Problèmes dans les actes essentiels de la vie
- Problèmes dans les activités de la vie domestique
- Problèmes de mobilité et équilibre (chute, transfert)

**Domaine de l'habitat /sécurité individuelle**

- Isolement géographique
- Habitat inadapté
- Habitat vétuste ou insalubre

**Domaine des aspects administratifs et/ou financiers**

- Difficultés/incapacités dans la gestion financière et/ou administrative
- Problèmes d'accès aux droits
- Précarité économique

**Domaine de l'environnement familial et relationnel**

- Epuisement et/ou incapacité de l'aidant
- Isolement social
- Risque ou suspicion d'abus, de maltraitance
- Problématiques familiales
- Difficultés de communication
- Difficultés à exprimer ses souhaits, ses aspirations, ses besoins
- Difficultés à prendre des décisions

**Domaine environnement de prise en charge**

- Offre inexistante (sanitaire, social, médico-social)
- Offre non mise en place (sanitaire, social, médico-social)
- Manque de lien/ de coordination entre les professionnels
- Intervention inadaptée ou insuffisante
- Epuisement des professionnels

**Compléments d'information sur la situation :**

**Partie réservée au Dac Aisne :**

Date de réception de la demande : .....

Mode de réception :

Demande enregistrée par

Attribuée à :

Traitement de la demande :

- Information     Orientation     Appui à la coordination/ VAD     Oui     Non