



Soins infirmiers :

Nom : Prénom :
Tel :
Mail :

Réfèrent conseil départemental :

Nom : Prénom :
Fonction :
Tel :
Mail :

Service social :

Nom : Prénom :
Fonction :
Tel :
Mail :

Service d'aide à domicile :

Nom : Prénom :
Fonction :
Tel :
Mail :

Autres :

Structure :
Nom : Prénom :
Fonction :
Tel :
Mail :

Aidants / famille

Nom : Prénom : lien de parenté :
Tel :
Mail :

Date de la demande :

MOTIFS D'INCLUSION	
PROBLÈMES SANITAIRES	
<input type="checkbox"/> Patients atteints d'une pathologie sévère	
<input type="checkbox"/> A-t-il été hospitalisé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non En urgence (au moins 1 fois depuis 6 mois) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Polypathologie ¹ (≥ 3), ou polymédication (≥ 10)	
<input type="checkbox"/> En perte d'autonomie	
<input type="checkbox"/> Autre (précisez).....	
INCAPACITÉ À GERER SON PARCOURS	
<input type="checkbox"/> Ayant des troubles cognitifs	
<input type="checkbox"/> De l'humeur	
<input type="checkbox"/> Comportementaux	
<input type="checkbox"/> Addictifs	
<input type="checkbox"/> Autres (précisez).....	



ISOLEMENT, DÉFAUT DE SOUTIEN DE L'ENTOURAGE	
<input type="checkbox"/>	Vivant seul
<input type="checkbox"/>	Sans soutien social ni familial
<input type="checkbox"/>	Avec aidants épuisés
<input type="checkbox"/>	Autre (précisez).....
DIFFICULTÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES	
<input type="checkbox"/>	Ayant des difficultés d'ordre social (emploi, logement, etc....)
<input type="checkbox"/>	Économique (faible ressources, etc....)
<input type="checkbox"/>	Frein culturel (barrière linguistique ou culturelle, faible niveau d'éducation, etc....)
<input type="checkbox"/>	Autre (précisez).....
RECOURS AUX SOINS	
<input type="checkbox"/>	Difficultés rapportées par l'équipe de santé primaire
<input type="checkbox"/>	Passage nombreux aux urgences
<input type="checkbox"/>	Hospitalisations répétées
<input type="checkbox"/>	Autre (précisez).....

¹: insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

Si vous avez répondu OUI à deux de ces questions	O	N	?
<input type="checkbox"/> La personne vous paraît-elle nécessiter une assistance au parcours			
<input type="checkbox"/> Si oui, accepte-t-elle cette assistance ?			

OBJET DE LA DEMANDE
<p><i>Merci de nous préciser en quelques lignes quels sont vos besoins :</i></p>