

Fiche de demande d'appui

La coordination d'appui aide les professionnels de santé dans leurs missions de coordination. Elle favorise l'organisation d'un parcours de santé adapté au patient et avec l'ensemble des intervenants (professionnels et aidants).

Le professionnel demandeur

Date de la demande :

Nom :

Prénom :

Profession :

Structure :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Le patient

Nom usuel :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

- **Le patient accepte-t-il notre intervention :** Oui Non
- **Dans le cas où le patient ne peut exprimer son consentement l'entourage accepte-t-il notre intervention :**
Oui Non

Sollicitation

En tant que professionnel, j'ai besoin d'un appui pour :

- Mieux connaître la situation du patient
- Prévenir les difficultés du maintien et de la vie au domicile
- Favoriser l'accès aux soins du patient
- Faciliter les aides pour le patient (humaines, sociales, matérielles)
- Anticiper le RAD post-hospitalisation afin de mettre en place des aides matérielles et/ou humaines
- Consolider le RAD après hospitalisation
- Améliorer la coordination des acteurs autour du projet de santé du patient
- Agir en médiation
- Venir en soutien de l'aidant principal
- Autres

Intervenants connus

Médecin traitant :

Autre :

Médecin spécialiste :

Soins infirmiers :

Service départemental autonomie / MDPH :

Service social :

Service d'aide à domicile :

Situation du patient

Situation médicale

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aggravation récente de la situation médicale | <input type="checkbox"/> Poly pathologies |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisations itératives | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Rupture des soins | <input type="checkbox"/> Chute |
| <input type="checkbox"/> Troubles du comportement ou psychiatriques | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs |
| <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs | <input type="checkbox"/> Traitement lourd et complexe |
| <input type="checkbox"/> Trouble de la motricité | <input type="checkbox"/> Refus des soins et/ou des aides |
| <input type="checkbox"/> Atteinte sévère des sens | <input type="checkbox"/> Douleur |
| <input type="checkbox"/> Addiction(s) : | |
| <input type="checkbox"/> Maladie(s) chronique(s) : | |

Autonomie fonctionnelle

- Difficultés dans les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, continence, nutrition, locomotion, transfert)
- Difficultés dans les actes de la vie domestique (travaux ménagers, courses, préparer un repas, gérer son budget, faire des démarches, se déplacer à l'extérieur de chez soi, etc...)
- Taux d'incapacité / invalidité :

Situation sociale

- Précarité financière
- Couverture sociale insuffisante
- Isolement social
- Défaillance de l'entourage (fatigue, hospitalisations, incapacité, etc...)
- Vulnérabilité
- Logement inadapté
- Isolement géographique
- Mesure de protection

Contexte

- Absence d'aidants / de référent familial
- Epuisement de(s) l'aidant(s)
- Mésentente entre soignants et/ou famille faisant obstacle au projet de soins
- Aides extérieures insuffisantes
- Glissement de tâches / Manque de coordination entre les intervenants
- Epuisement des équipes intervenant au domicile
- Absence / insuffisance de soignants disponibles

Commentaires