



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 ITINEO ☐ oui ☐ non

Le médecin est informé de la demande ☐ oui ☐ non

Demandeur

Nom : _____ Tél : _____

Structure/Fonction : _____

Mail : _____

Autres professionnel(s) concerné(s) avant la demande : _____

Identité de la personne

☐ Homme

☐ Femme

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Tél : _____

Situation familiale

Vit seul ☐

N'est pas seul à domicile ☐

Environnement familial impliqué : ☐ Oui ☐ Non

Référent(s) familial(aux)/Amical(aux)

Nom : _____

Prénom : _____ Tél : _____

Lien : _____

Nom : _____

Prénom : _____ Tél : _____

Lien : _____

Référents professionnels

Médecin traitant : _____

☐ Sans Médecin traitant

Infirmier à domicile : _____

Service d'aide à domicile : _____

Pharmacien : _____

Kinésithérapeute : _____

Spécialistes : _____

Service social : _____

Mandataire : _____

Autres (équipe mobile, accueil de jour...) : _____

Evaluation(s) faite(s) ou en cours (GIR,MDPH...)

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

Difficultés rencontrées dans les domaines suivants :

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 des fonctions cognitives
- ☐ Troubles du comportement
- ☐ Troubles nutritionnels (perte poids, dénutrition)
- ☐ Troubles psychiques
- ☐ Modification ou aggravation récentes des troubles
- ☐ Déficience intellectuelle
- ☐ Hospitalisations répétées

☐ Vie quotidienne

□ Habitat

☐ Environnement familial et relationnel

☐ Administratif et financier

☐ Offre sanitaire, sociale ou médico-sociale

Explication des items et compléments d'information sur la situation (*antécédents médicaux, éléments de complexité de la situation, démarches effectuées, projet de la personne...*)

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.