



## 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...)**