

## Fiche de demande d'appui à la coordination

Date de la demande : .....

N° de dossier SPICO : .....

DEMANDEUR	PERSONNE CONCERNEE / PATIENT/USAGER
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Fonction/Qualité : .....	Date de naissance ou âge : .....
Structure ou statut : .....	Situation socio-professionnelle : .....
Ville : .....	Adresse : .....
Téléphone : .....	Ville : .....
Courriel : .....	Téléphone : .....
	Vit Seul : <b>Oui</b> <b>Non</b>

### CADRE DE LA DEMANDE :

- Maintien à domicile     Sortie d'hospitalisation    Date .....    Soins Palliatifs     Maladie chronique  
 Autre : .....

### ENTOURAGE / AIDANTS

- Nom : ..... Lien : ..... Tel : .....  
 Nom : ..... Lien : ..... Tel : .....  
 Nom : ..... Lien : ..... Tel : .....  
 Présence d'un représentant légal :  Oui    Non    Famille  Professionnel    Nom : .....  
 Personne de confiance :  Oui     Non    Nom : .....    Tel : .....

### LISTE DES PROFESSIONNELS ET SERVICES EN PLACE

Fonction	Nom – Prénom et/ou Dénomination de la structure	Tél / Courriel
Médecin traitant	.....	.....
Aide à domicile	.....	.....
Infirmier-e	.....	.....
SSIAD	.....	.....
Kiné	.....	.....
Pharmacie	.....	.....
Prestataire	.....	.....
Référent APA/ PCH	.....	.....
Assistant-e social-e	.....	.....
Autres (portage repas, spécialiste, télé assistance) : .....		

### INFORMATION / CONSENTEMENT AU PARTAGE D'INFORMATIONS

- La personne ou ses proches sont-ils informés de l'orientation ?  Oui     Non  
 Pensez-vous que la personne rencontre des difficultés à prendre les décisions qui la concernent ?  Oui     Non  
 Consent-elle au partage d'informations entre les différents professionnels ?  Oui     Non  
 Le médecin traitant est-il informé de l'orientation ?  Oui     Non

### AIDES FINANCIERES EN PLACE

APA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	Depuis le : .....    GIR : ..... Nb d'heures : .....
PCH <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	Depuis le : .....
Autres <input type="checkbox"/> Préciser : .....	<input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	Depuis le : .....

### DIAGNOSTIC MEDICAL

Préciser : .....

ASPECTS	PROBLEMATIQUES IDENTIFIEES	PRECISIONS
<b>Autonomie fonctionnelle</b>	<input type="checkbox"/> Se lever, se coucher, s'asseoir <input type="checkbox"/> Se laver, s'habiller <input type="checkbox"/> S'alimenter <input type="checkbox"/> Aller aux toilettes <input type="checkbox"/> Se déplacer <input type="checkbox"/> Communiquer <input type="checkbox"/> Courses <input type="checkbox"/> linge <input type="checkbox"/> ménage	
<b>Santé</b>	<input type="checkbox"/> Difficultés dans le suivi médical (Ex : refus..) <input type="checkbox"/> Difficultés dans la prise du traitement <input type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/> Douleurs <input type="checkbox"/> Chute récente <input type="checkbox"/> à répétition <input type="checkbox"/> Hospitalisation (- de 3 mois) <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels (5 sens) <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs/mémoire <input type="checkbox"/> Troubles du comportement (agitation, agressivité, déambulation) <input type="checkbox"/> Matériel médical adapté	
<b>Entourage proches aidants</b>	<input type="checkbox"/> Absence d'aidant non-professionnel <input type="checkbox"/> Aidant éloigné <input type="checkbox"/> Aidant âgé/malade/fatigué/indisponible <input type="checkbox"/> Aidant refusant ou mettant en difficulté les professionnels <input type="checkbox"/> Conflit familial/rupture de lien <input type="checkbox"/> Suspicion de malveillance <input type="checkbox"/> La personne refuse l'aide d'un proche <input type="checkbox"/> La personne refuse les aides pour elle-même	
<b>Situation financière et administrative</b>	<input type="checkbox"/> Absence de droits ouverts <input type="checkbox"/> Difficultés dans la gestion administrative <input type="checkbox"/> Difficultés dans la gestion du budget	
<b>Logement et sécurité</b>	<input type="checkbox"/> Logement inadapté <input type="checkbox"/> Isolement géographique <input type="checkbox"/> Risque de mise en danger d'autrui ou de soi-même (conduite automobile, gestion du chauffage, des appareils de cuisson...) <input type="checkbox"/> Incapacité à donner l'alerte	

**Description de la demande / complexité ressentie :**

.....

Pour rappel : L'ensemble des données personnelles mentionnées dans ce document est strictement soumis au respect du secret professionnel et à la déontologie des professionnels intervenant auprès de la personne conformément à la RGPD.