

## Fiche de demande d'appui à la coordination

Date de la demande :

N° de dossier SPICO : .....

DEMANDEUR	PERSONNE CONCERNEE / PATIENT/USAGER
<b>Nom :</b> .....	<b>Nom :</b> .....
<b>Prénom :</b> .....	<b>Prénom :</b> .....
<b>Fonction/Qualité :</b> .....	<b>Date de naissance ou âge :</b> .....
<b>Structure ou statut :</b> .....	<b>Situation socio-professionnelle :</b> .....
(Professionnel, aidant)	<b>Adresse :</b> .....
<b>Téléphone :</b> .....	<b>Ville :</b> .....
<b>Courriel :</b> .....	<b>Téléphone :</b> .....
	<b>Vit à domicile :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Vit Seul :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<b>Vit en établissement :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### 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.