



DATE DE LA DEMANDE

Utilisation SPICO : OUI NON
Utilisation Médimail : OUI NON

1 IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Nom, Prénom :
Fonction, Structure :
Adresse :
Téléphone, mail :
Un professionnel vous a-t-il orienté vers notre dispositif?
si oui, préciser :

2 INFORMATION ET NON OPPOSITION DE LA PERSONNE

- La personne est informée de la demande : OUI NON
- Pensez-vous que la personne rencontre des difficultés à prendre des décisions qui la concernent? OUI NON
- La personne est-elle favorable au partage d'informations entre les différentes parties prenantes? OUI NON
- Le médecin traitant est-il informé de la demande ? OUI NON

3 IDENTITÉ DE LA PERSONNE

Nom d'usage :
Nom de naissance :
Prénom :
Genre : Masculin Féminin Autre
Date et lieu de naissance :
Adresse :
Ville :
Téléphone :
Mail :
Vit seule OUI NON
Situation : Retraité En activité
Scolarisé Sans activité
N° SS :
ALD : OUI NON Si oui, préciser :

4 REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom Prénom :
Structure :
Téléphone :
Mail :
Mesure de protection juridique :
OUI NON En cours
Si personne mineure :
Parents Tiers ASE

6 AIDANT PRINCIPAL

Nom :
Prénom :
Lien :
Téléphone :
Mail :
Personne de confiance :
Autre aidant :

5 INTERVENANTS PROFESSIONNELS

Médecin traitant :
Infirmiers à domicile :
Service d'aide à domicile :
Kinésithérapeute :
Spécialistes :
Pharmaciens :
Service social :
Autre (équipe mobile, HAD...) :

7 AUTRE INFORMATION UTILE

8

AIDES EXISTANTES

APA (nombre d'heures, GIR...)

AUTRES :

MDPH AAH PCH Orientations établissements :

Démarches en cours :

9

ÉLÉMENTS DE COMPLEXITÉ REPÉRÉS AU MOMENT DE LA DEMANDE

SANTÉ

Altération de l'état général
 Modification ou aggravation récente des symptômes et/ou troubles
 Hospitalisations à répétition
 Déficit sensoriel (cécité, surdité)
 Addiction
 Trouble alimentaire (perte ou prise de poids)
 Troubles cognitifs (mémoire, désorientation, confusion)
 Souffrance morale

AUTONOMIE

Besoin d'aides dans les actes essentiels (se lever, se laver, s'habiller, manger...)
 Besoin d'aides dans la vie quotidienne (courses, ménage...)
 Chutes à répétition (> 2 par an)
 Communiquer

AIDES ET BESOINS

Absence ou manque de suivi médical
 Absence ou difficulté(s) de coordination des aides
 Refus des aides par l'entourage
 Refus des aides par la personne

CONTEXTE SOCIO-ENVIRONNEMENTAL

Aidant en difficulté
 Conflit familial
 Isolement
 Situation économique précaire
 Vulnérabilité
 Logement inadapté et/ou insalubre
 Conduite à risque (gaz, véhicule...), mise en danger
 Absence de droits

DIAGNOSTIC MEDICAL :

Éléments de vigilance à prendre en compte pour la mise en œuvre d'une visite à domicile (armes, agressivité, animaux ...) :

10

DESCRIPTION DE LA DEMANDE / COMPLEXITÉ RESSENTIE