



Réseau de santé polyvalent

Bât St Dominique, chemin du Fieu
43000 Puy en Velay
Tél. : 04.71.04.73.20 - Fax : 04.71.04.73.21
reseau.appuisante43-hauteloire@aura.mssante.fr
contact@appuisante43.org
Facebook/appuisante43 – www.appuisante43.org
Siret : 43827031600021

Appui Santé 43 vient en appui aux professionnels en santé. Son équipe pluridisciplinaire:

- vous soutient dans l'identification et la recherche de ressources pour les personnes que vous accompagnez ;
- aide à initier ou renforcer la coordination des acteurs du parcours de santé de la personne ; met en lien avec vous les acteurs existants ou nécessaire selon les besoins identifiés ensemble ; aide à la construction d'un plan personnalisé de santé (objectifs, évaluation), en accord avec le médecin traitant et la personne.
- est à votre écoute pour recueillir et faciliter le partage des besoins en santé de votre territoire ainsi que pour soutenir vos activités et vos projets en santé.

DEMANDE D'APPUI

Public : toute personne, sans limite d'âge, en situation complexe et souhaitant rester à domicile



avec accord de la personne concernée

Le consentement de la personne est indispensable au partage d'informations et à notre intervention. Son recueil préalable nous permet de vous apporter un appui plus rapidement. Le document disponible sur notre site.

Date de la demande (jj/mm/aaaa): ____/____/____

Délai souhaité d'intervention dans : les 48h - les 7 jours - les 15 jours - le mois

Identité du demandeur

NOM : _____

Prénom : _____

Fonction : _____

Lieu d'exercice (structure/service) : _____

Tél : _____ Portable : _____ Fax : _____

Mail professionnel sécurisé : _____

Si vous n'avez pas de mail sécurisé, souhaitez-vous que nous vous en créons un : oui - non

Moyen de communication souhaité : Mail sécurisé - Tel. - Port. - Fax. - Mail - Courrier

Nous privilégions la communication par mail sécurisé.

Meilleur moment pour vous joindre ? _____

Identité du médecin traitant (si demandeur différent)

NOM / Prénom du médecin traitant : _____

Adresse complète : _____

Tél : _____ Portable : _____ Fax : _____

Le Médecin traitant est-il informé de cette demande d'appui ? oui - non

A-t-il donné son accord ? oui - non

Identité de la personne concernée

NOM / Prénom: _____ Genre : H - F

Date de naissance (jj/mm/aaaa): _____ Age : _____

Adresse complète : _____

Tél : _____ Portable : _____

Lieu actuel de prise en charge: domicile - autre (lieu et adresse complète) :

Personne à contacter (s'il y a lieu)

NOM / Prénom: _____ Lien avec le patient : _____

Tél : _____ Portable : _____

Autres informations utiles à propos de la personne : _____

Antécédents, renseignements médicaux, traitements

✎ **A renseigner par le médecin demandeur** - (merci de nous joindre les derniers CR médicaux et ordonnance(s) à votre disposition)

Pathologie actuelle prédominante : _____

Problème(s) justifiant la demande d'appui

Besoin(s) identifié(s) a priori

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Besoin d'une information : identifier une ressource adaptée ; savoir comment mobiliser des aides ; etc. | <input type="checkbox"/> Coordination des soins (HAD) |
| <input type="checkbox"/> Appui à la coordination d'un parcours de santé complexe (*) : faire émerger des préconisations adaptées la situation ; identifier - solliciter - coordonner et mettre en lien les acteurs du parcours ; recueillir le projet de vie et les attentes de la personne et l'évaluer régulièrement ; etc. | <input type="checkbox"/> Soutien social (aides financières, ouverture de droits...) |
| <input type="checkbox"/> Médiation | <input type="checkbox"/> Evaluation gériatrique à domicile |
| <input type="checkbox"/> Appui au retour après hospitalisation | <input type="checkbox"/> Gestion de cas (MAIA) |
| <input type="checkbox"/> Préconisations thérapeutiques | <input type="checkbox"/> Fiche de liaison SAMU |
| <input type="checkbox"/> Appui aux pratiques (pompes, plaies, insuline...) | <input type="checkbox"/> Aide décision éthique (procédure collégiale, SP...) |
| | <input type="checkbox"/> Soutien psychologique :
<input type="checkbox"/> Patient - <input type="checkbox"/> Entourage - <input type="checkbox"/> Professionnels |
| | <input type="checkbox"/> Education thérapeutique du patient |
| | <input type="checkbox"/> Appui à la prise en charge diététique complexe |

(*) Critères de complexité (A + B)

A	B
<input type="checkbox"/> Hospitalisation répétées lors des 12 derniers mois pour la même problématique	<input type="checkbox"/> Faible recours au soin à cause d'un isolement social, vulnérabilité sociale ou pratiques inadaptées
<input type="checkbox"/> Plusieurs pathologies et/ou cumul de plusieurs ALD	<input type="checkbox"/> Intrication de plusieurs pathologies et dépendants nécessitant de nombreux acteurs/servies
<input type="checkbox"/> Degré de sévérité des pathologies et équilibre non acceptable depuis plusieurs mois	<input type="checkbox"/> Précarité financière et/ou sociale
<input type="checkbox"/> Besoin d'une médiation : Refus de soin ; question éthique	<input type="checkbox"/> Epuisement des professionnels à domicile et/ou des aidants

Autres intervenants impliqués connus

Professionnels/ Services	NOM/Prénom	Adresse complète / Téléphone
Infirmier/SSIAD <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non - <input type="checkbox"/> en cours		
Pharmacie		
Suivi social <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non - <input type="checkbox"/> en cours		
Mesure protection <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non - <input type="checkbox"/> en cours		
Service d'aide à domicile <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non - <input type="checkbox"/> en cours		
Autre(s)		

**Ce document, dûment complété, est à envoyer par messagerie sécurisée à cette adresse :
reseau.appuisante43-hauteloire@aura.mssante.fr**