

Date de la demande

Public : toute personne, pour toute pathologie, sans critère d'âge, en situation perçue complexe

Demande de passage en instance d'appui aux professionnels OUI NON

Formulaire à adresser par messagerie sécurisée : appuiauxprofessionnels@easem.mssante.fr

Par messagerie classique (document anonymisé) : appuiauxprofessionnels@eaem.bzh

Par voie postale : Espace Autonomie Santé – PA de Tirpen-La Paviotaie- 56140 MALESTROIT

Identité de la personne

initiales si messagerie non sécurisée

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

TEL :

Adresse :

Ville :

Protection juridique Oui Non

Coordonnées du mandataire :

Consentement

Accord de la personne

oui Non

Médecin traitant informé de la demande

oui Non

Demandeur

Nom :

Fonction/ service :

Tel :

Mail :

Demande urgente oui non

Mode de vie

seul en couple en famille

Hospitalisation récente oui non

Si oui, dans quel établissement :

Date de sortie :

Référents (famille, entourage...)

Nom :

Prénom :

Tel :

Lien :

Nom :

Prénom :

Tel :

Lien :

Démarches en cours ou réalisées

Motifs de la demande d'appui

- Rupture de parcours
- Refus d'aide et ou de soins
- Hospitalisations répétées
- Problème de santé avec retentissements importants
- Perte d'autonomie
- Souffrance psychologique
- Habitat inadapté Habitat insalubre
- Isolement
- Besoin d'accompagnement
- Vulnérabilité, suspicion de violence, maltraitance
- Epuisement des aidants entourage Professionnel

Complément d'information sur la situation

Attente(s) du professionnel

Contexte de prise en charge

- Offre inexistante (sanitaire, social, médico-social)
- Manque de place/ délais d'attente longs
- Offre non mise en place (sanitaire, social, médico-social)
- Manque de lien/ de coordination entre les professionnels
- Intervention inadaptée ou insuffisante

Référents professionnels

Médecin traitant :

- | | | |
|----------------------------|------------|-------|
| TEL : | | |
| Nom : | Fonction : | TEL : |
| Fréquence d'intervention : | | |
| Mail : | | |
| | | |
| Nom : | Fonction : | TEL : |
| Fréquence d'intervention : | | |
| Mail : | | |
| | | |
| Nom : | Fonction : | TEL : |
| Fréquence d'intervention : | | |
| Mail : | | |
| | | |
| Nom : | Fonction : | TEL : |
| Fréquence d'intervention : | | |
| Mail : | | |