

Date de la demande :

La personne est informée de la demande OUI NON

Accord du médecin traitant OUI NON

La personne consent au partage d'informations OUI NON

IDENTITE DE LA PERSONNE CONCERNEE

Nom d'usage : Prénom :
 Nom de naissance : Sexe : Homme Femme Indéterminé
 Date de naissance : Lieu de naissance :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Code / Interphone : Etage :
 Téléphone 1 : Téléphone 2 :
 Courriel : @

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom : Prénom :
 Fonction : Structure :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Téléphone 1 : Téléphone 2 :
 Courriel : @

PROTECTION JUDICIAIRE Oui Non Demande en cours – date :

MASP Tutelle Curatelle Sauvegarde Habilitation familiale

MANDATAIRE : Nom : Prénom :

Courriel : Téléphone :

PERSONNE(S) RESSOURCE(S)

Nom : Prénom :

Lien : Téléphone :

Courriel : Autre personne ressource :

DIFFICULTES PERÇUES

Santé	Autonomie fonctionnelle / décisionnelle
<input type="checkbox"/> Altération de l'état général	<input type="checkbox"/> Troubles de jugement/compréhension
<input type="checkbox"/> Modification ou aggravation des troubles	<input type="checkbox"/> Difficultés dans les actes de la vie quotidienne
<input type="checkbox"/> Absence de suivi médical	<input type="checkbox"/> Problèmes de mobilité (chutes, transfert, ...)
<input type="checkbox"/> Refus d'aide et de soins	<input type="checkbox"/> Aides techniques absentes, inadaptées
<input type="checkbox"/> Hospitalisations répétées	<input type="checkbox"/> Autres :
<input type="checkbox"/> Difficultés d'observance du traitement	Social / Administratif
<input type="checkbox"/> Maladie(s) chronique(s) ou évolutive(s)	<input type="checkbox"/> Difficultés dans la gestion financière/administrative
<input type="checkbox"/> Troubles cognitifs (diagnostiqués ou non)	<input type="checkbox"/> Problèmes d'accès aux droits
<input type="checkbox"/> Troubles du comportement	<input type="checkbox"/> Précarité économique
<input type="checkbox"/> Troubles psychiques	<input type="checkbox"/> Autres :
<input type="checkbox"/> Conduites addictives	Environnement humain
<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Isolement social
<input type="checkbox"/> Troubles nutritionnels	<input type="checkbox"/> Epuisement et/ou incapacité de l'aidant
<input type="checkbox"/> Soins palliatifs	<input type="checkbox"/> Conflits avec l'entourage
<input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Risque ou suspicion d'abus, de maltraitance
Habitat / Environnement physique	<input type="checkbox"/> Refus d'intervention des professionnels
<input type="checkbox"/> Habitat inadapté (accessibilité, sécurité, ...)	<input type="checkbox"/> Epuisement des professionnels
<input type="checkbox"/> Habitat vétuste ou insalubre	<input type="checkbox"/> Absence de professionnels
<input type="checkbox"/> Errance	<input type="checkbox"/> Autres :
<input type="checkbox"/> Autres :	

DEMANDES

Contexte de la demande :

.....

.....

Type d'appui demandé	Demande(s) de la personne concernée
<input type="checkbox"/> Evaluation et appui au maintien à domicile
<input type="checkbox"/> Appui au suivi médical
<input type="checkbox"/> Appui aux démarches administratives
<input type="checkbox"/> Soutien psychologique
<input type="checkbox"/> Soutien de(s) aidant(s)
<input type="checkbox"/> Soutien des professionnels
<input type="checkbox"/> Accompagnement de fin de vie
<input type="checkbox"/> Accès aux soins de support
<input type="checkbox"/> PASS Ambulatoire
<input type="checkbox"/> Précisions :
.....
.....

DOCUMENTS A FOURNIR

- Comptes-rendus médicaux Synthèse sociale Ordonnance (obligatoire pour demande de PASS)

CERCLE DE SOINS

Professionnel	Nom	Structure	Téléphone	Mail
Médecin traitant				
Médecin spécialiste				
Médecin spécialiste				
IDEL/SSIAD/HAD				
SAAD				
Kinésithérapeute				
Psychologue				
Pharmacien				
Référent social				
Prestataires				
Autres				

DROITS SOCIAUX

Droits	Oui	Numéro	Non	En cours	Date de dépôt
AME	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PUMA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CSS	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ALD	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mutuelle	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MDPH	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
APA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Points de vigilance pour la sécurité des professionnels à domicile (nuisibles, violence, animaux, ...)

.....

.....