

## FICHE DE DEMANDE D'APPUI

A travers le dispositif d'appui à la coordination initié et financé par l'ARS, la Maison des Réseaux de Santé de Savoie vient en appui aux professionnels médicaux et sociaux.

L'équipe pluridisciplinaire de la Maison des Réseaux \* :

- vous apporte un soutien dans l'identification et la recherche de ressources pour les personnes que vous accompagnez ;
- vous aide à initier ou renforcer la coordination de leur parcours de santé ; identifie avec vous les acteurs existants et potentiels du parcours et vous met en lien.
- 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.

\*Assistants administratives, diététicienne, éducateurs en activité physique adaptée, ergothérapeute, infirmières, médecin, psychologue, travailleurs sociaux.

Date : \_\_\_\_\_

### PROFESSIONNEL DEMANDEUR

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_


Structure : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

OU TAMPON DU PROFESSIONNEL :



### MOTIFS DE LA DEMANDE D'APPUI

En tant que professionnel, j'ai besoin :

d'une information, d'un conseil, d'une orientation – Identité de la personne non requise

*Soutien technique (accès aux aides, prestations à domicile, ...), identifier une ressource adaptée, savoir comment mobiliser des aides, etc.*

d'un appui pour la coordination d'un parcours de santé

*Mieux connaître la situation de la personne dans sa globalité ; réaliser une évaluation multidimensionnelle pour faire émerger des préconisations adaptées à la situation ; identifier, solliciter et mettre en lien les acteurs du parcours ; recueillir le projet de vie et les attentes de la personne, etc.*

d'une aide pour développer un projet

*Sensibilisation /formation, échanges de pratiques, recueil des préoccupations et initiation de groupes de travail, etc.*

## PRECISEZ VOTRE BESOIN

### IDENTITE DE LA PERSONNE *(si nécessaire)*

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe :  H  F

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

◆ La personne accepte-t-elle notre intervention et le partage d'informations ?

OUI  NON

Si oui, vous pouvez faire signer l'imprimé de consentement.

◆ Dans le cas où la personne ne peut exprimer son consentement éclairé, l'entourage accepte-t-il notre intervention ?

OUI  NON

Le consentement au partage d'informations est indispensable à notre intervention. Son recueil préalable nous permet de vous apporter un appui plus rapidement.

### INTERVENANTS CONNUS

Médecin Traitant : \_\_\_\_\_

Médecin(s) Spécialiste(s) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Soins infirmiers : \_\_\_\_\_

Référent Conseil Départemental : \_\_\_\_\_

Service Social : \_\_\_\_\_


Service d'aide à domicile : \_\_\_\_\_

Autre(s) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Les demandes peuvent être adressées par :

FAX 04 79 62 39 71

 04 79 62 29 69

 [www.mrss.fr](http://www.mrss.fr)

 [info@mrss.fr](mailto:info@mrss.fr)