

FICHE DE SOLLICITATION DAC31



A adresser à accueil@dac31.fr

Date de la demande :

Date de réception :

Validation

J'atteste que la personne a été informée de l'échange et du partage d'informations entre les différents professionnels

J'atteste que la personne est consentante à la création d'un dossier informatisé / partagé

J'atteste que la personne /son représentant légal est informée de son droit d'opposition à tout moment

Identité du demandeur

Professionnel Aidant Précisez :.....
 Nom : Prénom :
 Tél : Email :
 Commune / Code postal :
 Profession : Médecin traitant Libéral Social Hospitalier
 Organisme de protection sociale/complémentaire Autre :
 Structure de rattachement :
 Utilisez-vous : MEDIMAIL SPICO dossier SPICO discussion

Identité du patient

Nom de naissance : Nom d' usage :
 Prénoms : Sexe :
 Adresse : Code postal :
 Date de naissance : Lieu : Pays : Nationalité :
 ☎ : Email :
 Vit en couple Seul En famille Autre :

Contact entourage

| Nom - Prénom | Lien | Coordonnées | Observations |
|--------------|------|-------------|--------------|
| | | | |
| | | | |

Situation du patient au moment de la demande :

Domicile Hospitalisation ESMS PH* ESMS PA* Autre :

Mesure de protection judiciaire

Tutelle Curatelle Habilitation Familiale Autre :
 Exercée par : Coordonnées :
 Personne de confiance : Directives anticipées :

Pathologies connues

MNE Covid long Oncologie Maladie chronique/Insuffisance d'organe
 Psychiatrie Absence de pathologies Autre
 Préciser :

*ESME PA / PH : Etablissement social ou médico-social personne âgée / personne handicapée

Contexte de la demande / Parcours de santé concerné :

.....
.....
.....
.....

Motifs de la demande (Alertes repérées) :

Santé

Rupture de parcours de soins Absence de médecin Troubles du comportement
Perte de mémoire Perte de poids
Soins palliatifs Symptômes d'inconfort
Autre :

Autonomie fonctionnelle

Altération dans les actes de la vie domestique Altération dans les actes essentiels
Difficultés à se déplacer
Autre :

Autonomie décisionnelle

Altération dans la prise de décision Mise en danger
Autre :

Economie / Administratif et juridique

Précarité Difficultés d'accès aux droits
Autre :

Environnement / Sécurité

Absence de logement Logement inadapté Logement encombré
Insalubrité Eléments de dangerosité Animaux
Autre :

Contexte familial / social

Absence d'aidants Epuisement des aidants Isolement Vulnérabilité
Autre :

Cercle de soins

| Profession /Rôle | Nom | Contact |
|---------------------|-----|---------|
| Médecin traitant | | |
| Médecin spécialiste | | |
| Ide | | |
| Autres : | | |
| | | |

Droits ouverts

APA PCH AAH CMI
Sécurité sociale Mutuelle CSS ALD
Numéro SS :

Orientation demandée

Coordination simple
Coordination soutenue

Date de la décision :

Coordination intensive