|  |  |
| --- | --- |
|  | Date de la demande : |
| **Professionnel demandeur** |
| Nom Prénom :Fonction/Structure : | Téléphone :Email : |
| **Patient concerné** |
| * Le patient et/ou son représentant légal est-il informé de cette demande auprès du DAC ? □ Oui □ Non
* Le patient et/ou son représentant légal consent-il au partage des informations le concernant ? □ Oui □ Non
* Son Médecin traitant est-il informé de cette demande auprès du DAC ? □ Oui □ Non
 |
| **Eléments nominatifs à renseigner uniquement si les deux 1ères réponses ci-dessus sont positives.****Dans la négative, merci de renseigner directement les démarches entreprises et complexités identifiées dans « Exposé de la situation » au bas de la page 2** |
| □ M. □ MmeNom d’usage :Nom de jeune fille :Prénom :Date de naissance :Situation familiale : | Adresse :Code postal : Ville :Téléphone :Email : |
| Situation : □ Scolarisé(e) □ En activité □ Retraité(e) □ Autre, précisez |
| **Représentant légal** |
| Nom :Prénom :Téléphone :Email : | Adresse :Code postal : Ville : |
| Nature de la représentation : | □ Autorité parentale□ Mesure de protection : □ Oui □ Non □ En cours□ Type de mesure : |
| **Personnes ressources** |
| Nom :Prénom :Liens avec la personne : Téléphone :Email : | Nom :Prénom :Liens avec la personne : Téléphone :Email : |
| **Droits** |
| Couverture sociale □ Oui □ NonComplémentaire santé □ Oui □ Non | Précisez : |
| Aides humaines : □ APA □ PCH/ACTP □ AES □ Caisses de retraite □ Aide sociale services ménagersCaisses de retraite □ CARSAT □ MSA □ SSI □ Autre, précisez……………………………………. |
| **Professionnels intervenants** | **Coordonnées** |
| Médecin traitant : |  |
| Médecin spécialiste : |  |
| Equipe mobile : |  |
| Infirmier : |  |
| Masseur – Kinésithérapeute : |  |
| SSIAD :  |  |
| SAAD : |  |
| Service social : |  |
| Autre : |  |
| **Recueil d’informations** | **Précisions à apporter, diagnostics posés ou évaluations...** |
| **Santé physique et psychologique** |  |
| □ Pathologie existante (A renseigner par les professionnels de santé) |  |
| □ Difficultés à exprimer ses souhaits |  |
| □ Conduites addictives |  |
| □ Troubles cognitifs |  |
| □ Troubles du comportement et/ou psychiques |  |
| □ Troubles nutritionnels |  |
| □ Symptômes physiques (plaies, douleurs) |  |
| □Troubles locomoteurs |  |
| □ Déficience intellectuelle |  |
| □ Déficience sensitive |  |
| □ Souffrance psychologique |  |
| □ Syllogomanie / Diogène |  |
| □ Soins palliatifs |  |
| **Autonomie fonctionnelle (vie quotidienne)** |  |
| □ Besoins d’aide dans les actes essentiels |  |
| □ Besoins d’aide dans les actes de la vie quotidienne |  |
| □ Besoins de mobilité et équilibre (chutes) |  |
| **Environnement social / familial** |  |
| □ Epuisement / Absence de l’aidant |  |
| □ Isolement social / géographique |  |
| **Aspects administratifs et/ou financiers** |  |
| □ Problème d’accès aux droits |  |
| □ Difficultés ou inaptitudes dans la gestion administrative et/ou financière |  |
| □ Suspicion d’abus, négligence ou maltraitance |  |
| **Rupture(s) de parcours** |  |
| □ Absence de suivi médical |  |
| □ Refus d’aide et de soins |  |
| □ Mise en échec des professionnels |  |
| □ Hospitalisations répétées |  |
| □ Manque de ressources, précisez le type |  |
| **Exposé de la situation : démarches entreprises en amont de cette demande, difficultés rencontrées et complexités exprimées :** |
|  |
| **Motif de la demande :** |
|  |