

FICHE DE SOLLICITATION DAC 31

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 /son représentant légal est informée de son droit d'opposition tout moment

Identité du demandeur

Nom : Prénom :

Tél : Email :

Commune/Code postal :

Profession/ Fonction :

Libéral Social Hospitalier

Structure de rattachement :

Utilisez-vous : MEDIMAIL SPICO dossier SPICO discussion

Identité de la personne

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénoms : Sexe :

Adresse : Code postal/Ville :

Date de naissance : Lieu : Pays : Nationalité :

tel : 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

Maladie neuro-évolutive Covid long Oncologie Psychiatrie

Maladie chronique/Insuffisance d'organe 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 :

Quelles sont vos attentes vis-à-vis du DAC ?

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