

FICHE DE SOLLICITATION

A transmettre par mail contact@dac65.fr (ou contacter le 05 62 93 13 13)

<p>Date de la sollicitation : / /</p> <p>CONCERNANT : <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.</p> <p>Nom d'usage :</p> <p>Nom de naissance :</p> <p>Prénoms :</p> <p>Né(e) le :</p> <p>Lieu de naissance :</p> <p>Téléphone :</p> <p>Adresse :</p> <p>Numéro sécurité sociale :</p> <p>Caisse :</p>	<p>Requérant :</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin généraliste</p> <p><input type="checkbox"/> Autre professionnel de ville</p> <p><input type="checkbox"/> Professionnel du secteur social</p> <p><input type="checkbox"/> Une structure hospitalière</p> <p><input type="checkbox"/> Une structure médico-sociale</p> <p><input type="checkbox"/> La personne ou un proche</p> <hr/> <p>Nom, Prénom :</p> <p>Fonction :</p> <p>Structure :</p> <p>Téléphone :</p> <p>Mail :</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Aidant/ entourage :</p> <p>Nom/ Prénom :</p> <p>Téléphone :</p> <p>Lien de parenté :</p> <p>Représentant légal : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;">Partage d'information</th> <th style="width: 10%;">Oui</th> <th style="width: 10%;">Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>La personne (ou son représentant) est bien informée de la demande, condition nécessaire pour un accompagnement DAC. Si non, le médecin traitant doit être informé.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>La personne consent au partage de l'information</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Le médecin traitant est informé de la demande</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Partage d'information	Oui	Non	La personne (ou son représentant) est bien informée de la demande, condition nécessaire pour un accompagnement DAC. Si non, le médecin traitant doit être informé.			La personne consent au partage de l'information			Le médecin traitant est informé de la demande		
Partage d'information	Oui	Non											
La personne (ou son représentant) est bien informée de la demande, condition nécessaire pour un accompagnement DAC. Si non, le médecin traitant doit être informé.													
La personne consent au partage de l'information													
Le médecin traitant est informé de la demande													

<p>Professionnels ou structures intervenants (soins, sociaux, judiciaire, ...) : Profession / Nom Prénom / interventions (type/fréquence...) / coordonnées</p>
Médecins :
Infirmiers (ères) :
SSIAD :
SAAD :
Dispositif de coordination :
Autres :

Demande exprimée par la personne et / ou son entourage

Problématiques identifiées par le professionnel

POINTS DE VIGILANCE

Recueil d'information	Commentaires
<p>Santé physique ou psychique :</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles cognitifs</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles sensoriels</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles du langage <input type="checkbox"/> Troubles de l'apprentissage</p> <p><input type="checkbox"/> Difficulté de communication / de compréhension</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles de la motricité</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles du comportement</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles de la nutrition</p> <p><input type="checkbox"/> Polypathologie</p> <p><input type="checkbox"/> Douleur</p> <p><input type="checkbox"/> Plaie</p>	
<p>Autonomie fonctionnelle :</p> <p><input type="checkbox"/> Difficulté/incapacité actes essentiels</p> <p><input type="checkbox"/> Acte de la vie quotidienne</p> <p><input type="checkbox"/> Problématique de Mobilité</p> <p><input type="checkbox"/> Risque de chute</p> <p><input type="checkbox"/> Observance médicamenteuse</p>	
<p>Aspect environnemental :</p> <p><input type="checkbox"/> Cadre de vie précaire</p> <p><input type="checkbox"/> Habitat inadapté/insalubre</p> <p><input type="checkbox"/> Isolement géographique</p> <p><input type="checkbox"/> Absence de soignants</p> <p><input type="checkbox"/> Absence d'intervenant</p>	
<p>Aspect familiaux et sociaux :</p> <p><input type="checkbox"/> Absence ou difficulté des aidants</p> <p><input type="checkbox"/> Refus d'aide ou de soins</p> <p><input type="checkbox"/> Conflits familiaux</p> <p><input type="checkbox"/> Inaptitude/difficulté liée à la parentalité</p>	
<p>Aspects économiques, administratifs et ou financiers</p> <p><input type="checkbox"/> Précarité financière</p> <p><input type="checkbox"/> Accès aux droits sociaux</p> <p><input type="checkbox"/> Accès à la scolarité/ la formation</p> <p><input type="checkbox"/> Accès à l'emploi</p>	

COMPLEMENT D'INFORMATIONS

Contexte médical :

Contexte social :

Contexte environnemental :

Partie réservée à l'équipe DAC

REPONSE APPORTEE :	Par :
Information immédiate :	
Complément d'information :	
Orientation :	
Accompagnement :	
Parcours : <input type="checkbox"/> Parcours enfance-périnatalité <input type="checkbox"/> SPAL <input type="checkbox"/> Articulation ville-hôpital-ville <input type="checkbox"/> Santé mentale <input type="checkbox"/> Précarité <input type="checkbox"/> Handicap <input type="checkbox"/> Personnes Agées <input type="checkbox"/> Maladies chroniques <input type="checkbox"/> Autres parcours.....	
AUTRES :	