|  |  |
| --- | --- |
|  | 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. □ Mme  Nom 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 □ Non  Complémentaire santé □ Oui □ Non | Précisez : |
| Aides humaines : □ APA □ PCH/ACTP □ AES □ Caisses de retraite □ Aide sociale services ménagers  Caisses 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 :** | | |
|  | | |