

L'utilisateur ou ses proches sont-ils informés de l'orientation vers le DAC ? OUI NON

L'utilisateur consent-il au partage d'informations entre professionnels OUI NON

IDENTITE DU DEMANDEUR :

Professionnel Usager lui-même Aidant (lien de parenté)

NOM/PRENOM.....Fonction

Structure.....

Coordonnées (tél).....Mail.....

IDENTITE DE L'USAGER :

NOM :.....PRENOM :NOM de naissance :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

↳ Merci de préciser : Etage N° Appartement

Téléphone : Mail :

N° SS :

L'utilisateur peut être contacté directement : OUI NON

PERSONNE RESSOURCE :

NOM/PRENOM..... Nature du lien :

Tél :Mail :

MEDECIN TRAITANT : Nom/Prénom : Tél :

NON

Ne sait pas

PROBLEMATIQUE ACTUELLE PREDOMINANTE, MOTIF DE LA DEMANDE :

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

AIDES EXISTANTES :

PCH APA AAH

Mesure de protection juridique : Oui Non En cours

Si oui : Tutelle Curatelle Autre

SANTE :

Précisions :

- Cancérologie :
- Conduites addictives :
- Troubles cognitifs/comportement :
- Soins palliatifs :
- Maladies chroniques ou évolutives :
- Troubles de l'apprentissage/du développement :
- Autre :

AUTONOMIE :

Précisions :

- Besoin d'aide dans la vie quotidienne (courses, ménage) :
- Difficultés dans la gestion administrative/financière :
- Besoin d'aide pour les gestes essentiels (repas, toilette) :
- Maintien à domicile difficile :

AIDES ET SOINS :

Précisions :

- Refus d'aides et/ou soins :
- Rupture de soins :
- Mise en échec des professionnels :
- Absence de suivi médical :

ENVIRONNEMENT ET SECURITE :

Précisions :

- Epuisement de l'entourage :
- Logement insalubre/inadapté :
- Vulnérabilité :
- Isolement :
- Diogène :
- Précarité :
- RAD difficile :

AIDES/PROFESSIONNELS EN PLACE :

.....

.....

.....

Merci d'envoyer cette demande d'appui à : contact@dac03.fr

Cadre réservé au service du DAC :

Date de réception : / / Réceptionnée par :

Demande via : tel mail Msanté Date d'analyse : / /

Décision : information orientation (structure) Coordination

Coordinateur/trice :