

Date de la demande

IDENTITE DU DEMANDEUR :

Professionnel Usager Aidant (lien de parenté) _____

Nom : _____ Prénom : _____

☎ : _____ E-mail : _____

Adresse : _____ Commune : _____

Si professionnel : Utilisez-vous Médimail ? Oui /Non @ : _____

SPICO ? Oui /Non

Secteur d'activité :

Médecin généraliste Libéraux Social

Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) Hospitaliers

Organismes de protection sociale et complémentaires Autre : _____

MOTIF DE LA DEMANDE :

Information Orientation

Appui à la coordination d'une situation complexe :

Soins palliatifs Maladie chronique Personnes Agées COVID long

Personnes Handicapées Santé Mentale Enfance - périnatalité

Autre (préciser) : _____

PROBLEMATIQUES REPEREES :

Administratives et/ou financières Accès aux professionnels de santé Isolement social

Aidant en difficulté Accès aux structures d'hébergement Sortie d'hospitalisation

Maintien à domicile Besoin d'aide à la vie quotidienne

Autre (préciser) _____

IDENTITE DE LA PERSONNE CONCERNEE :

Nom de naissance : _____ Sexe : Homme Femme

Nom d'usage : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : _____ âge : _____ ans Tél : _____

E-mail : _____

Adresse : _____ Commune : _____

Lieu de vie actuel : Domicile Etablissement sanitaire ESMS PH ESMS PA

Structure d'hébergement à caractère social Autre(préciser) _____

Pathologie connue :

Maladies neuro-dégénératives Oncologie Maladies Chroniques / Insuffisances d'organes
Pathologies psychiatriques Autre (préciser) _____ Absence de pathologie

CONSENTEMENT/ACCORD :

- La personne est informée de la demande
 La personne a consenti au partage d'information entre les professionnels de soin

Si non, pourquoi ? (Refus ou incapacité)

Mesure de protection ? Oui / Non Exercée par : _____

INTERVENANTS PROFESSIONNELS :

Nom Prénom - Fonction	Coordonnées (tel/mail)	Nature de l'intervention

ELEMENTS COMPLEMENTAIRES :

DEMANDE D'APPUI A ADRESSER AU DAC 46 : contact@dac46.fr