

# Fiche de sollicitation

Demande à adresser uniquement à [contact@dac46.fr](mailto:contact@dac46.fr) ou au guichet unique 05 65 367 387

Date de la demande :

\*mentions obligatoires

IDENTITE DU DEMANDEUR	
*Nom :	*Prénom :
*Commune :	
Structure :	
Téléphone :	*e-mail :
<input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Aidant <input type="checkbox"/> Professionnel (fonction) :	
Type de requérant	
<input type="checkbox"/> Médecin généraliste libéral <input type="checkbox"/> Professionnel de ville (hors médecin généraliste) <input type="checkbox"/> Professionnel hospitalier <input type="checkbox"/> ESMS	<input type="checkbox"/> Professionnel du secteur social <input type="checkbox"/> Organisme de protection sociale et des complémentaires <input type="checkbox"/> La personne elle-même ou son entourage/représentant <b>↳ S'agit-il d'une orientation professionnelle : <input type="checkbox"/> OUI   <input type="checkbox"/> NON</b>
IDENTITE DE LA PERSONNE CONCERNEE	
La personne (ou son représentant légal) est informée de la demande : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
La personne est-elle opposée au partage d'information entre les différents professionnels ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.   Nom :	Nom de naissance :
Prénom :	*Né(e) à :
Date de naissance :	*Age :
Téléphone :	*e-Mail :
*Adresse postale :	
*Lieu de vie au moment de la sollicitation :	
<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Etablissement (EHPAD...) <input type="checkbox"/> Etablissement sanitaire Si hospitalisation ou Service de rééducation en cours → lieu : _____ → service : _____	
La personne vit-elle seule : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Entourage social et/ou familial aidant : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   → Si oui, contact :	
• • •	
Situation familiale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Veuf	
Situation : <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> Scolarisé <input type="checkbox"/> Sans activité	
Caisse de sécurité sociale : <input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> N°SS : _____	
Mesure de protection juridique : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   si oui, préciser : _____   Exercée par : _____	
EQUIPE DE COORDINATION MOBILISEE	
<input type="checkbox"/> Tout Parcours	<input type="checkbox"/> Equipe Mobile Soins Palliatifs EMSP
*PROBLEMATIQUES REPEREES	
<input type="checkbox"/> Actes de la vie quotidienne / autonomie <input type="checkbox"/> Environnement familial, social et relationnel <input type="checkbox"/> Santé et organisation du parcours <input type="checkbox"/> Organisation du suivi	<input type="checkbox"/> Accès aux droits / scolarité / emploi / formation <input type="checkbox"/> Lieu de vie / habitat <input type="checkbox"/> Liées aux traitements (médicamenteux ou non) <input type="checkbox"/> Si autres, préciser →

# Fiche de sollicitation

\*mentions obligatoires

## MOTIFS DE LA DEMANDE

--

## CERCLE DE SOINS PRESENT

Fonction et structure	Nom et Prénom	Téléphone / e-Mail	Fréquences et modalités d'intervention
*Médecin traitant			
Infirmiers			
Médecins spécialistes			
Travailleurs sociaux			
Espaces Personnes Agées			
MDPH			
Services à domicile <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalisation à domicile</li> <li>• Service de soins infirmiers</li> <li>• Service d'aide à domicile</li> <li>• ...</li> </ul>			
Pharmacie			
Autres			
Autres			

## CONTEXTE MEDICAL

Pathologies :
Traitements oncologiques :
Symptômes d'inconfort (douleur, angoisse, nausées...): <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON si oui, précisez :
Troubles cognitifs :