

## N° Dossier Patient :

Reçue le :

Traitée par : Transmise le :

Antenne :

## DEMANDEUR

### \* : informations obligatoires à compléter.

\*Nom et fonction de l'appelant :

Établissement :

\*Ligne directe :

\*E-mail :

## PATIENT CONCERNE

\*Nom, Prénom :

\*Nom de jeune fille :

\*Date de naissance :

Age : \*Adresse : \*Tél :

\*Le patient est informé de la demande d'appui :

Oui  Non

\*Le patient a donné son consentement pour cette demande :  Oui  non

\*Lieu de vie actuel du patient :

<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Établissement médico-social équivalent du domicile
<input type="checkbox"/> Établissements de santé publics/privés	Date de retour envisagée :
<input type="checkbox"/> SSR	

## Référent familial ou amical du patient :

Nom, Prénom :

Tél :

Adresse :

Lien :

**PROFESSIONNELS PRESENT ET RENSEIGNEMENTS MEDICO-SOCIAUX**

	Nom/ Prénom ou Structure	Contacts (mail et/ou tel)
* Médecin traitant		
Infirmier libéral à domicile		
Pharmacien		
Kinésithérapeute		
Médecin spécialiste		
SSIAD/HAD		
Service d'Aide A Domicile - SAAD		
Autre(s)		

2

**\*Renseignements médicaux** (merci de nous joindre comptes-rendus et ordonnances) :

Antécédents :

Traitements :

**\*Renseignements sociaux :**

Nom et contact du référent social :

- APA :  Oui  Non  Demande déposée
- MDPH :  Oui  Non  Demande déposée
- PROTECTION JURIDIQUE :  Oui  Non  Demande déposée
- Autre :

**SITUATION DU PATIENT**

Situation médicale	Situation socio-économique
<input type="checkbox"/> Patient atteint d'une ou plusieurs pathologies sévères	<input type="checkbox"/> Absence ou épuisement des aidants
<input type="checkbox"/> Aggravation récente de la situation médicale	<input type="checkbox"/> Refus des aides par la personne / la famille
<input type="checkbox"/> Rupture dans le parcours de santé	<input type="checkbox"/> Difficultés d'ordre social / d'accès aux aides
<input type="checkbox"/> Dénier de la maladie	<input type="checkbox"/> Précarité financière
<input type="checkbox"/> Déficit sensoriel	<input type="checkbox"/> Logement inadapté/ insalubre/ Diogène
<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Barrière de la langue

Difficultés à gérer son parcours de santé	Recours aux soins
<input type="checkbox"/> Troubles cognitifs	<input type="checkbox"/> Difficultés rapportées par l'équipe de santé primaire
<input type="checkbox"/> Troubles de l'humeur/comportementaux	<input type="checkbox"/> Passages itératifs aux urgences/ en hospitalisation
<input type="checkbox"/> Troubles psychiatriques	<input type="checkbox"/> Arrêt de PEC par les professionnels
<input type="checkbox"/> Addictions :	<input type="checkbox"/> Pas de professionnel mobilisable
<input type="checkbox"/> Autre :	

<b>Autres éléments d'alerte constatés</b>	
<input type="checkbox"/> Perte d'autonomie fonctionnelle	<input type="checkbox"/> Difficulté(s) dans la gestion du quotidien
<input type="checkbox"/> Perte d'autonomie décisionnelle	<input type="checkbox"/> Conduite à risques :
<input type="checkbox"/> Difficultés dans la gestion administrative courante	

**MOTIF DE LA DEMANDE ET DESCRIPTION DE LA SITUATION****\*Vos attentes vis-à-vis du DAC74 :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Information / Orientation vers une ressource adéquate           | <input type="checkbox"/> Évaluer/consolider le retour à domicile         |
| <input type="checkbox"/> Coordination d'appui  | <input type="checkbox"/> Prévenir les difficultés du maintien à domicile |
| <input type="checkbox"/> Accompagnement renforcé   | <input type="checkbox"/> Analyse multidimensionnelle des besoins         |
| <input type="checkbox"/> Favoriser la réintégration du patient dans un parcours de santé |  |

**\*Description de la situation :**

MERCI DE RENVOYER CE FORMULAIRE A L'ADRESSE SUIVANTE : [secretariat@dac74.fr](mailto:secretariat@dac74.fr)

OU CONTACTEZ-LE : 04 80 95 50 55