FICHE DE SOLLICITATION – PARCOURS COMPLEXES

Vous pouvez adresser votre demande à contact@dac12.fr ou au numéro unique 05 36 36 12 12
(Cette fiche contient des données de patient, merci de privilégier l'envoi par messagerie sécurisée)

DAC 12 Dispositif d'appui à la coordination AVEYRON

05 36 36 12 12

CADRE RESERVE AU DAC

Date de réception _____

DATE DE LA DEMANDE

Utilisation SPICO : ☐Oui ☐Non
Utilisation Médimail : ☐Oui ☐Non

1. IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Nom, Prénom _____
Fonction, Structure _____
Adresse _____
Téléphone, Mail _____

2. INFORMATION ET NON OPPOSITION DE LA PERSONNE

La personne est informée de la demande : ☐Oui ☐Non

La personne est opposée au partage d'informations entre les différents professionnels : ☐Oui ☐Non

Si oui, vous souhaitez un appui à la réflexion en anonymisant les coordonnées de la personne ? ☐Oui ☐Non *(merci de passer directement à la partie 4).*

Le médecin traitant est-il informé de la demande : ☐Oui ☐Non

3. IDENTITÉ DE LA PERSONNE

Nom d'usage _____
Nom de naissance _____
Prénom _____
Genre ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre
Date et lieu de naissance _____
Adresse _____
_____ Ville _____
Téléphone _____
Mail _____
Lieu de vie _____
Vit seule ☐Oui ☐Non avec _____
Situation : ☐Retraité ☐En activité ☐Scolarisé
☐ Sans activité _____
N° SS _____
ALD : ☐Oui ☐Non Si oui, laquelle _____

4 . REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom _____
Prénom _____
Structure _____
Mail _____
Mesure de protection juridique :
☐Oui ☐Non ☐En cours
Type de mesure :
☐Sauvegarde de justice ☐Curatelle Simple ☐Curatelle renforcée ☐Tutelle
Si personne mineure : ☐Parents ☐Tiers ☐ASE
Nom du/des représentants légal(aux) :
_____

5. INTERVENANTS PROFESSIONNELS

Médecin traitant _____
Infirmiers à domicile _____
Service à domicile _____
Kinésithérapeute _____
Spécialistes _____
Pharmaciens _____
Service social _____
Autre (équipe mobile, HAD...) _____

6. ENTOURAGE

Nom _____
Prénom _____
Lien _____
Téléphone _____
Mail _____
Personne de confiance ☐
Personne à contacter ☐

7. AIDES EXISTANTES

☐ APA (nombres d'heures, GIR ...) : _____

☐ Mutuelle (CMU, AME, CSS...) : _____

☐MDPH : ☐ AAH ☐ PCH ☐ Orientations établissements : _____ ☐ Autres

8. ÉLÉMENTS DE COMPLEXITÉ REPÉRÉS AU MOMENT DE LA DEMANDE

SANTÉ

☐ Altération de l'état général

☐ Modification ou aggravation récente des symptômes et/ou troubles

☐ Hospitalisations à répétition

☐ Déficit sensoriel (cécité, surdité)

☐ Addiction

☐ Trouble alimentaire *(perte ou prise de poids)*

☐ Troubles cognitifs *(mémoire, désorientation, confusion)*

☐ Souffrance morale

AUTONOMIE

☐ Besoin d'aides dans les actes essentiels *(se lever, se laver, s'habiller, manger ...)*

☐ Besoin d'aides dans la vie quotidienne *(courses, ménage ...)*

☐ Chutes à répétition *(> 2 par an)*

AIDES ET SOINS

☐ Absence ou manque de suivi médical

☐ Absence ou difficulté(s) de coordination des aides

☐ Refus des aides par l'entourage

☐ Refus des aides par la personne

CONTEXTE SOCIO-ENVIRONNEMENTAL

☐ Aidant en difficulté

☐ Conflit familial

☐ Isolement

☐ Situation économique précaire

☐ Vulnérabilité

☐ Logement inadapté et/ou insalubre

☐ Conduite à risque (gaz, véhicule...) Mise en danger

☐ Absence de droits

Eléments de vigilance à prendre en compte pour la mise en œuvre d'une visite à domicile (armes, agressivité, animaux...) : _____

_____

9. MOTIFS DE LA DEMANDE

☐ Information / Orientation vers une ressource

☐ Evaluation globale

☐ Aide à la décision éthique

☐ Soutiens aux aidants

☐ COVID Long

☐ Appui à la coordination des acteurs intervenants auprès du patient

☐ Appui à la sortie d'hospitalisation

☐ Autre, préciser : _____

10. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES