

FICHE DE SOLLICITATION ÉQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS À DOMICILE

Vous pouvez adresser votre demande à contact@dac12.fr ou au numéro unique [05 36 36 12 12](tel:0536361212)
(Cette fiche contient des données de patient, merci de privilégier l'envoi par messagerie sécurisée)

Date de la demande :

1 - DEMANDEUR

Nom et Prénom :	Adresse :	Téléphone :
		Mail :
Structure :	Fonction :	Utilisation SPICO : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Utilisation Médimail : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

2 – MENTIONS OBLIGATOIRES

- La personne est-elle opposée au partage d'informations entre les différents professionnels ?
 Oui Non
- Avez-vous l'accord du patient pour solliciter l'équipe mobile de soins palliatifs à domicile du DAC 12 ?
 Oui Non
- Avez-vous l'accord médecin traitant pour solliciter l'équipe soins palliatifs du DAC 12 ?
 Oui Non

3 - IDENTITE DE LA PERSONNE CONCERNEE

Nom et prénom :	Nom de naissance :
Lieu de naissance :	Genre : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre
N° SS :	Situation : <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> Scolarisé <input type="checkbox"/> Sans activité
Date de naissance :	Vit seul : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Téléphone(s) :	Mesure de protection juridique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours Si oui ou en cours préciser :
Adresse :	Entourage social et/ou familial aidant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui, contact : - - Si mineur, nom du représentant légal : -

4 – CERCLE DE SOINS

Professionnels					
Fonction et structure	Nom et prénom	Téléphone/ Courriel	Modalités d'intervention	Fréquence intervention	Informé du recours au DAC
Médecin traitant					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
IDEL					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prestataire de service					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

5 – MOTIF DE LA DEMANDE

6 – CONTEXTE MEDICAL

Merci de joindre un compte-rendu médical récent reprenant l'historique médical du patient.

- Pathologie principale :
- Symptômes d'inconfort (*douleur, angoisse, nausées,....*) : Oui Non
 - Si oui précisez :
- Troubles cognitifs : Oui Non
- Joindre l'ordonnance en cours, si possible
- Hospitalisation en cours : Oui Non - Si oui précisez :
 - Le lieu :
 - Service :
 - Date de sortie prévue :

7 – CONTEXTE SOCIO-ENVIRONNEMENTAL

Aides existantes	Environnement familial	Environnement social
<input type="checkbox"/> APA <input type="checkbox"/> MDPH <input type="checkbox"/> Aides à domiciles <input type="checkbox"/> Aide sortie d'hospitalisation Si demande en cours, laquelle : Référent :	<input type="checkbox"/> Présence enfant mineurs <input type="checkbox"/> Le patient est par ailleurs aidant <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Aidant en difficulté	<input type="checkbox"/> Isolement géographique <input type="checkbox"/> Précarité <input type="checkbox"/> Habitat inadapté : <input type="checkbox"/> Autres :
Éléments complémentaires :		

2026.01.19 Version 1

Dispositif d'appui à la coordination de l'Aveyron - www.dac12.fr

Siège social : 42 rue du Docteur Théodor Mathieu, 12000 Rodez

N° SIRET: 45231138400047

Tel : 05 36 36 12 12