

FICHE DE SOLICITATION – TOUS PARCOURS



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)

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 _____
Pharmacien _____
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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Information / Orientation vers une ressource | <input type="checkbox"/> Appui à la coordination des acteurs intervenants auprès du patient |
| <input type="checkbox"/> Evaluation globale | <input type="checkbox"/> Appui à la sortie d'hospitalisation |
| <input type="checkbox"/> Aide à la décision éthique | <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ |
| <input type="checkbox"/> Soutiens aux aidants | |
| <input type="checkbox"/> COVID Long | |

10. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES