

FICHE DE SOLLICITATION – TOUS PARCOURS



DAC 12
Dispositif d'appui
à la coordination
AVEYRON

05 36 36 12 12

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

1. IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Nom, Prénom _____

Fonction, Structure _____

Adresse _____

Téléphone, Mail _____

Utilisation SPICO : ☐ Oui ☐ Non

Utilisation Médimail : ☐ Oui ☐ Non

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

Éléments 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
- ☐ Appui à la coordination des acteurs intervenants auprès du patient
- ☐ Evaluation globale
- ☐ Appui à la sortie d'hospitalisation
- ☐ Aide à la décision éthique
- ☐ Autre, préciser : _____
- ☐ Soutiens aux aidants
- ☐ COVID Long

10. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES