

**Demande d’appui**

**Interne DAC :**

Date :

Répondant :

La personne concernée est informée de la demande Oui Non

Le médecin traitant est informé de la demande Oui ☐ Non

**Professionnel demandeur :**

Nom/Prénom :

Structure / type de professionnel : cCoordonnées :

**Personne concernée :**

Nom/Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Commune de naissance (si connue) :

Coordonnées (tél / mail) :

**Personne ressource :**

Nom/Prénom :

Nature du lien (famille, voisin, ami, …) :

Coordonnées :

**Personne actuellement :**

* A domicile
  + Vit seule
  + Avec entourage
* En établissement - préciser lequel :
* Hospitalisée - sortie prévue le :

# Professionnels intervenants

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type de professionnel | Nom/prénom | Fréquence d’intervention si  connue | Coordonnées |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Aides existantes**

Mesure de protection juridique : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Si oui : ☐ tutelle ☐ curatelle ☐ autre Exercée par :

Caisse de sécurité sociale : ☐ CPAM ☐ MSA ☐ SSI ☐ Autre

Mutuelle : ☐ Oui ☐ Non Si oui, laquelle : Caisse de retraite : ☐ CNAV ☐ MSA ☐ SSI ☐ Autre

Aides humaines en place : ☐ APA ☐ MDPH ☐ Caisses de retraite ☐ Autre

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Recueil d’information | | Commentaires |
| Etat de santé | * Cancérologie * Maladies neuro dégénératives * Conduites addictives * Maladies chroniques / insuffisance d’organes * Soins palliatifs * Troubles cognitifs * Troubles du comportement * Troubles du neuro-développement * Santé mentale et psychiatrie * COVID * COVID long * Autre |  |
| Autonomie | * Besoin d’aide dans la vie quotidienne (faire ses courses, ménage, …) * Besoin d’aide dans les actes essentiels (manger, faire sa toilette, …) * Troubles du jugement et/ou de compréhension |
| Aides et soins | * Refus d’aides et/ou de soins * Mise en échec des professionnels * Rupture de soins |
| Environnement & sécurité | * Epuisement de l’entourage * Isolement * Logement inadapté / insalubre * Vulnérabilité * Précarité |

**Motif de la demande et besoins identifiés :**

**Fiche à renvoyer :**

**Pièces jointes à la demande d’appui :**

☐ CR d’hospitalisation / bilans médicaux ☐ Note sociale ☐ Autre :

* Messagerie sécurisée (medimail ou MS Santé) : [contact@dac32.fr](mailto:contact@dac32.fr)
* Nous joindre : 05 62 07 17 53

**Dac32.fr**