

Fiche de recueil de données pour demande d'appui par un professionnel

Merci de joindre tous les documents dont vous disposez (Compte-rendus de consultation, compte-rendu hospitaliers, ordonnances...)

Rappel : Toute sortie d'hospitalisation doit être organisée par l'hôpital. Toute intervention du DAC se fait avec l'accord du médecin traitant

A retourner à (fiche + documents) :

DAC Santé 94 Est - Hôpital Albert Chenevier
Bât. Chevrier- 1^{er} étage 94000 CRETEIL

Tél : 01 89 168 168 ou Fax : 01 84 23 26 50

Mail : secretariat@dac94est.fr
secretariat@dac94est.mssante.fr

Date de la demande :

PROFESSIONNEL A L'ORIGINE DE LA DEMANDE

Nom/ Prénom :

Fonction :

Adresse :

Téléphone (ligne directe) :

A quel moment êtes-vous le plus joignable ?

Mail :

Comment avez-vous connu le DAC?

PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

NIR (n° Sécurité sociale) :

Commune de naissance :

Pays (si hors France) :

Adresse : Adresse Administrative Adresse pour visite à domicile

CP :

Ville :

Préciser si (digicode, numéro d'interphone, escalier...) :

Téléphone :

Personne ressource/ lien :

Téléphone/ mail :

La personne est-elle informée de cette demande ? Oui Non NSP

ALERTE MEDICALES

Hospitalisations répétées/ Absence de suivi médical

ALERTE MEDICO-SOCIALES

Précarité financière et/ou problématique d'accès aux droits

<input type="checkbox"/> Perte d'autonomie physique/ <input type="checkbox"/> Cognitive / <input type="checkbox"/> Handicap	<input type="checkbox"/> Isolement social / <input type="checkbox"/> Absence d'aidant
<input type="checkbox"/> Douleurs / <input type="checkbox"/> Autres symptômes pénibles	<input type="checkbox"/> Epuisement de l'entourage
<input type="checkbox"/> Modification du poids / anorexie	<input type="checkbox"/> Habitat inadapté / Besoin d'aménagement/ aides techniques
<input type="checkbox"/> Chutes	<input type="checkbox"/> Insalubrité
<input type="checkbox"/> Repli sur soi/ Détresse psychologique personne et/ou entourage	<input type="checkbox"/> Absence d'aide professionnelle/ <input type="checkbox"/> Refus d'aide professionnelle
<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Risque ou suspicion d'abus ou de maltraitance

PRECISEZ QUELLES SONT LES OBJECTIFS DE LA DEMANDE, QUELLES SONT LES DIFFICULTES RENCONTREES :

- Information Aide à la coordination médicale Aide à la coordination médico-sociale Prise en charge psychologique
 Soins palliatifs Ergothérapie

QUELLES ACTIONS ONT ETE ENTREPRISES ?

PROFESSIONNELS AUTOUR DE LA PERSONNE :

Médecin traitant :

Commune :

Téléphone/ mail :

A- t-il été contacté pour les difficultés rencontrées ? OUI NON

Aides et soins au domicile :

- Infirmier libéral Kiné Service aide à domicile Service soins à domicile ESA HAD Autres

Nom/ téléphone/ mail (pour chaque professionnel) et aides mises en place (passage par jour, semaine...)

SITUATION SANITAIRE DE LA PERSONNE :

Aujourd'hui, la personne est : Hospitalisée

A domicile

Sortie récente de l'hôpital

◊ Etablissement :

Référent hospitalier :

Service :

Date d'hospitalisation :

Etat de santé : pathologie(s) principale(s) et antécédents principaux :

SITUATION SOCIALE DE LA PERSONNE:

Conditions de vie : Seul(e) En couple En famille Veuf (ve)

Enfant(s) : vivant à proximité Aidant principal :

Est-ce que des personnes vivent au domicile ? OUI NON Si oui, qui ?

Habitat : Locataire Propriétaire Hébergé en famille Résidence autonomie Autre (préciser) :

Ressources mensuelles : € Ne sait pas

Si retraité(e) : Caisse de retraite principale : Caisse(s) complémentaire(s) :

APA : OUI NON **MDPH** : OUI NON **Mutuelle** : OUI NON

Mesure de protection : OUI NON Si oui, coordonnées du mandataire judiciaire:

A t'il été contacté pour les difficultés rencontrées ? OUI NON