



DEMANDE D'APPUI

Merci d'envoyer votre demande à contact@dac11.fr (ouverture du lundi au vendredi de 09h à 17h)

Demandeur

Date :

Nom

Mail

Prénom

Tel

Fonction

Structure

La personne est-elle informée de la demande ?

☐ OUI

☐ NON

Consent-elle au partage d'information entre les différents professionnels ?

☐ OUI

☐ NON

D'autres dispositifs de coordination ont-ils été sollicités ou interviennent-ils déjà? (PAPH, SIAO...) ?

Si oui, lequel :

Identité de la personne concernée

☐ Madame ☐ Monsieur ☐ Enfant

Nom

Nom de naissance

Prénom

Date de naissance

Commune de naissance

Numéro de sécurité sociale

Téléphone

Email

Adresse

CP Commune

☐ Patient hospitalisé : Structure

Sortie prévue le

Vit seul ☐ OUI ☐ NON avec :

Situation ☐ Retraité ☐ En activité ☐ Scolarisé

☐ Sans activité :

Droits ouverts : ☐ MDPH ☐ APA - si oui GIR :

☐ Autres (caisses de retraites, Mutuelles, etc...)

Précisez :

Représentant Légal

Nom / Prénom

Mail / Tel

Structure

Mesure de protection juridique

☐ Oui

☐ Non

☐ En cours

☐ Sauvegarde de justice

☐ Curatelle Simple

☐ Curatelle renforcée

☐ Tutelle

Si patient mineurs

☐ Parents

☐ Tiers

☐ ASE

Personnes ressources / Proches / Aidants

Nom Prénom

Lien

Tel/mail

Nom Prénom

Lien

Tel/mail

Intervenant à domicile

Fonction	NOM / Prénom	Coordonnées	Fréquence d'intervention
Médecin traitant			
IDEL			
Service d'aides à Domicile			
Autres professionnels:			

Recueil d'informations	Commentaires
<u>Santé</u> ☐ Cancérologie ☐ Maladies chroniques ou évolutives ☐ Maladies rares ☐ Conduites addictives ☐ Troubles cognitifs ☐ Troubles psychiques ☐ Troubles du comportement ☐ Troubles sensoriels (surdité, cécité,...) ☐ Soins palliatifs ☐ Troubles nutritionnels ☐ Troubles du neuro développement (TSA, TDAH, TSLA, TDC Etc...)	
<u>Aides et soins</u> ☐ Besoins d'aide dans les actes de la vie quotidienne ☐ Refus d'aides et/ou de soins ☐ Absence de suivi médical ☐ Hospitalisations répétées	
<u>Environnement et sécurité</u> ☐ épuisement / Absence de l'aidant ☐ Isolement social / géographique ☐ Logement inadapté ☐ Logement insalubre / incurie ☐ Précarité ☐ Suspicion d'abus, négligence ou maltraitance	
<u>Aspects administratifs et/ou financiers</u> ☐ Problème d'accès aux droits / financiers ☐ Difficultés ou inaptitudes dans la gestion administrative ☐ Difficultés de scolarité ☐ Difficultés d'insertion professionnelle	

Problématiques rencontrées / Motif de la demande (= qu'attendez-vous du DAC?)

Au regard des informations transmises, pensez-vous qu'un coordinateur DAC peut se rendre seul    domicile en toute sécurité ?

☐ OUI

☐ NON