**FICHE DE SOLLICITATION DAC 09**

**Répondant :**

**Date de demande :**

La personne est informée de la demande : [ ]  Oui [ ]  Non
La personne a été informée de l’échange et du partage d’informations ainsi que de la création d’un dossier informatisé : [ ]  Oui [ ]  Non
Le médecin traitant est informé de la demande : [ ]  Oui [x]  Non

**IDENTITE DU DEMANDEUR :**
Nom/Prénom :
Structure / type de professionnel :
Téléphone :

Email / Médimail :

**PERSONNE CONCERNEE :**
Nom/Prénom :

Date de naissance :
Adresse :

Téléphone :

Email :

**PERSONNE(s) RESSOURCE(s) :**
Nom/Prénom :

Nature du lien (famille, voisin, ami, ...) :
Adresse :

Téléphone :

Email :

Personne vivant actuellement :
☐ A domicile ☐ En établissement - préciser lequel :
☐ Vit seule ☐ Hospitalisée - sortie prévue le :
☐ Avec entourage

**SITUATION FAMILIALE**Marié(e)[ ]  En couple [ ]  Divorcé(e) [ ]  Veuf(ve) [ ]  Célibataire [ ]  Enfants : Oui [ ]  Non [ ]  Nombre……………

**CONDITIONS DE VIE**

Seule [ ]  Avec aidant [ ]  Enfants mineurs à charge [ ]  Domicile [ ]  ESMS [ ]  préciser…………………………………….

Hospitalisé : Oui [ ]  Non [ ]

Si oui : le service ………………………………………………. Sortie prévue le ………………………………….

**AIDES EXISTANTES**

Mesure de protection juridique : Oui [ ]  Non [ ]  En cours [ ]

Si oui : Sauvegarde de justice [ ]  Curatelle [ ]  Tutelle [ ]  Autre [ ]  Exercée par : ……………………………………

Aides humaines en place : APA [ ]  PCH [ ]  Caisses de retraite [ ]  Autre [ ]

GIR si connu ……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROFESSION** | Nom/Prénom | Fréquence d’intervention si connue | Coordonnées (tél, mail) |
| Médecin traitant : |  |  |  |
| Médecin(s) spécialiste(s) : |  |  |  |
| Infirmiers : |  |  |  |
| SSIAD/SAAD/SPASAD préciser : |  |  |  |
| Kinésithérapeute : |  |  |  |
| Autres : |  |  |  |

**PROFESSIONNELS INTERVENANTS :**

**PROBLEMATIQUES SANTE/PARCOURS**

Perte d’autonomie [ ]  Soins palliatifs [ ]  Maladies chroniques [ ]  Covid long [ ]  Cancer [ ]

Santé mentale [ ]  Handicap [ ]  Périnatalité/Pédiatrie [ ]  Autres [ ]

Préciser :

**AUTONOMIE FONCTIONNELLE**Altération dans les actes de la vie domestique (courses, entretien logement, linge, repas…) [ ]

Altération dans les actes de la vie quotidienne (se lever, se laver, aller aux toilettes …) [ ]

Difficulté à la mobilité (transferts, marche) [ ]

**AUTONOMIE DECISIONNELLE**

Altération dans la prise de décision [ ]

Refus d’aide et/ou de soins [ ]

Mise en danger (incapacité à donner l’alerte) [ ]

**ECONOMIE/ADMINISTRATIF ET JURIDIQUE**Précarité [ ]

Difficultés d’accès aux droits [ ]

Difficultés dans la gestion administrative et financière [ ]

**ENVIRONNEMENT/SECURITE**Absence de logement [ ]  Logement inadapté [ ]  Logement précaire [ ]  Logement encombré [ ]

Animaux [ ]  Isolement géographique [ ]

**CONTEXTE FAMILIAL /SOCIAL**Absence d’aidants [ ]  Epuisement des aidants [ ]  Isolement [ ]  Vulnérabilité [ ]  Problématique familiale [ ]

**Motif de la demande, besoins identifiés et informations complémentaires :**

**Date de la demande et signature/tampon demandeur :**

**Fiche à renvoyer :**

Nous joindre : 05.61.67.69.21

Par mail : contact@dac09.fr