**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  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