

DEMANDE D'APPUI AU DAC 11

Merci d'envoyer votre demande à contact@dac11.fr ou nous contacter au 04 68 26 29 76 (lun-vend : 09h/17h).

Date de la demande :

Identité de la personne concernée	
Monsieur Madame	
Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	Numéro de sécurité sociale :
Date de naissance :	Commune de naissance :
Téléphone/Mail :	
Adresse :	
Vit seul : oui non, préciser l'entourage :	
Hospitalisation : oui, préciser dans quel établissement et sortie prévue le :	

La personne est-elle informée de la demande ? Oui Non

Consent-elle au partage d'informations entre les différents professionnels ? Oui Non

Personnes ressources: (Nom, nature du lien et coordonnées)
--

Le demandeur :	
Nom / Prénom :	
Fonction :	Structure :
Mail /Tel :	

Aides en place			
Mesure de protection juridique : Oui Non En cours			
Si oui : curatelle simple curatelle renforcée tutelle habilitation familiale			
Exercée par (coordonnées) :			
Aides humaines en place : APA (si oui, GIR :) MDPH En cours, préciser			
Mutuelle			
Caisse de retraite :		Caisse de sécurité sociale :	

Professionnels en place

FONCTION	NOM Prénom	Coordonnées	Fréquence d'intervention
Médecin traitant			
IDEL			
Aide à domicile			
Autre (kiné, ...)			

Recueil d'informations	Commentaires
Santé	
<input type="checkbox"/> Cancérologie	
<input type="checkbox"/> Maladies chroniques ou évolutives	
<input type="checkbox"/> Conduites addictives/addictions	
<input type="checkbox"/> Troubles cognitifs / troubles du comportement	
<input type="checkbox"/> Troubles psychiques	
<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	
<input type="checkbox"/> Troubles sensoriels (surdité, c�civit�,...)	
<input type="checkbox"/> Syndrome d'accumulation / Diogène	
<input type="checkbox"/> Soins palliatifs	
Aides et soins	
<input type="checkbox"/> Besoins d'aide dans les actes de la vie quotidienne	
<input type="checkbox"/> Refus d'aides et/ou de soins	
<input type="checkbox"/> Absence de suivi médical	
<input type="checkbox"/> Hospitalisations répétées	
Environnement et sécurité	
<input type="checkbox"/> Epuisement / Absence de l'aidant	
<input type="checkbox"/> Isolement social / géographique	
<input type="checkbox"/> Logement inadapté	
<input type="checkbox"/> Vulnérabilité	
<input type="checkbox"/> Logement insalubre / incurie	
<input type="checkbox"/> Précarité	
Aspects administratifs et/ou financiers	
<input type="checkbox"/> Problème d'accès aux droits	
<input type="checkbox"/> Difficultés ou inaptitudes dans la gestion administrative et/ou financière	
<input type="checkbox"/> Suspicion d'abus, négligence ou maltraitance	

Problématiques rencontrées :

Motif de la demande (= qu'attendez-vous du DAC) :