

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 : _____ @ _____
 Messagerie Sécurisée de Santé : _____ @ _____
 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
 Ville : _____
 Préciser si (digicode, numéro d'interphone, escalier...) : _____
 Téléphone : _____
 Personne ressource / lien : _____ Téléphone / mail : _____
 La personne est-elle informée de cette demande ? Oui Non Ne se prononce pas

ALERTES MEDICALES

ALERTES MEDICO-SOCIALES

Hospitalisations répétées / Absence de suivi médical

Précarité financière et/ou problématique d'accès aux droits

Perte d'autonomie physique / Cognitive / Handicap

Isolement social / Absence d'aidant

Douleurs / Autres symptômes pénibles

Epuisement de l'entourage

Modification du poids / anorexie

Habitat inadapté / Besoin d'aménagement / Aides techniques

Chutes

Insalubrité

Repli sur soi / Détresse psychologique personne et/ou entourage

Absence d'aide professionnelle / Refus d'aide professionnelle

Autres :

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 : OUI NON

Si oui, information du professionnel :

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 :

Service :

Référent hospitalier :

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 :

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