|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 ChenevierBât. Chevrier- 1er étage 94000 CRETEIL | ***Tél :*** 01 89 168 168 ou ***Fax :*** 01 84 23 26 50 |
| ***Mail :*** secretariat@dac94est.frsecretariat@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 :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 domicileCP : Ville :Préciser si (digicode, numéro d’interphone, escalier…) :Téléphone :Personne ressource/ lien : Téléphone/ mail :La personne est-elle informée de cette demande ? [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  NSP |
|  |
| **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 :*** 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 [ ]  AutresNom/ 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 (préciser) :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  |