|  |  |
| --- | --- |
|  | **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- 1er étage 94000 CRETEIL | ***Tél :*** 01 89 168 168 ou ***Fax :*** 01 84 23 26 50 |
| ***Mail :*** [secretariat@dac94est.fr](mailto:secretariat@dac94est.fr)  [secretariat@dac94est.mssante.fr](mailto: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 :  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  CP : 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  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 (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 |