**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 |
| ***Fax :*** 01 84 23 26 50 |
| ***Mail :*** secretariat@dac94est.fr |

**Date de la demande :**

**PRECISEZ QUELLES SONT LES OBJECTIFS DE LA DEMANDE, QUELLES SONT LES DIFFICULTES RENCONTREES :**

**QUELLES ACTIONS ONT ETE ENTREPRISES ?**

**PROFESSIONNEL A L’ORIGINE DE LA DEMANDE :**

Nom/ Prénom :

Adesse :

Téléphone (ligne directe) : Téléphone portable :

Mail :

A quel moment êtes- vous le plus joignable ?

Lien avec la personne :

Comment le demandeur a-t-il connu la structure ?

**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 :

A quel moment êtes-vous le plus joignable?

**PROFESSIONNELS AUTOUR DE LA PERSONNE :**

***Médecin traitant :*** Commune :

A- t-il été contacté pour les difficultés rencontrées ? ❑ OUI ❑NON

Nom/ téléphone/ mail :

***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

**Mandataire judiciaire** : ❑ OUI ❑NON Si oui, coordonnées :

A t’il été contacté pour les difficultés rencontrées ? ❑ OUI ❑NON