

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
	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