

Public : toute personne pour toute pathologie, sans critère d'âge, en situation perçue complexe à domicile

*** Champ obligatoire**

CADRE RÉSERVÉ AU DAC

Date de réception _____

Dossier TeS existant : ☐ Oui ☐ Non

Dossier 4D existant : ☐ Oui ☐ Non

DATE DE LA DEMANDE

CONSENTEMENT *

☐ La personne est informée de la demande

☐ La personne a consenti au partage d'informations la concernant

IDENTITÉ DE LA PERSONNE

Nom d'usage * _____

Nom de naissance * _____

Prénom * _____

Genre ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre

Date de naissance * _____ Age _____

Lieu de naissance * _____

Adresse _____

_____ Ville _____

Tél. _____ Mail _____

IDENTITÉ DU DEMANDEUR OU CACHET PROFESSIONNEL

Nom, Prénom _____

Fonction _____

Adresse _____

Téléphone _____

Portable _____

Mail professionnel _____

ATTENTE(S) DU PROFESSIONNEL | POURQUOI FAITES-VOUS APPEL AU DAC SANTÉ 78 NORD ? *

Documents à joindre : ☐ comptes-rendus médicaux et/ou ☐ ordonnances et/ou ☐ autres (DLU, PPS ...)

MOTIF(S) DE LA DEMANDE

☐ Information / Orientation vers une ressource

☐ Evaluation globale * [merci de préciser au verso]

☐ Accès et organisation du parcours de santé

☐ Soutien aux aidants

☐ Appui à la coordination des acteurs intervenant auprès du patient

☐ Evaluation de la douleur

☐ Aide à la décision éthique

☐ Autre, préciser : _____

MODE DE VIE

Vit seul ☐ En couple ☐ En famille ☐

Enfants : ☐ Oui ☐ Non Nombre : _____

MÉDECIN TRAITANT

☐ Sans médecin traitant

Nom _____

Adresse _____

Tél. _____ Mail _____

☐ Médecin traitant informé de la demande

RÉFÉRENTS PROFESSIONNELS

Infirmier à domicile _____

Service d'aide à domicile _____

Kinésithérapeute _____

Spécialistes _____

Pharmacien _____

Service social _____

Mandataire _____

Autres (équipe mobile, HAD...) _____

RÉFÉRENTS (FAMILLE, ENTOURAGE...) À CONTACTER

Nom, Prénom _____

Coordonnées _____

Lien _____

Personne de confiance ☐

Personne à contacter ☐

DAC 78 Nord

155 Rue du Président Roosevelt - 78100 Saint-Germain-en-Laye
Centre médico-social du Lac, Rue René Duguay Trouin - 78200 Mantes-la-Jolie

☎ 01 86 39 03 50 - Joignable du lundi au vendredi de 8h à 18h

Demande d'appui à envoyer à : contact@dac78nord.fr

NATURE DE LA DEMANDE

- ☐ Cancérologie
- ☐ Gériatrie
- ☐ Handicap
- ☐ COVID long

- ☐ Psychiatrie / Santé mentale
- ☐ Soins palliatifs
- ☐ Soins de support
- ☐ Autre, préciser : _____

ÉLÉMENTS D'ALERTE CONSTATÉS

SANTÉ

- ☐ Altération de l'état général
- ☐ Modification ou aggravation récente des symptômes et/ou troubles
- ☐ Symptômes physiques (*plaie, douleur ...*)
- ☐ Hospitalisations à répétition
- ☐ Pathologie chronique déséquilibrée ou évolutive
- ☐ Déficit sensoriel (*cécité, surdité*)
- ☐ Addiction
- ☐ Trouble alimentaire (*perte ou prise de poids*)
- ☐ Troubles de la déglutition
- ☐ Troubles cognitifs (*mémoire, désorientation, confusion*)
- ☐ Troubles du comportement (*agressivité, déambulation*)
- ☐ Troubles du jugement et de la compréhension
- ☐ Souffrance morale

AUTONOMIE

- ☐ Besoin d'aides dans les actes essentiels (*se lever, se laver, s'habiller, manger ...*)
- ☐ Besoin d'aides dans la vie quotidienne (*courses, ménage ...*)
- ☐ Chutes à répétition (*>2 par an*)

AIDES ET SOINS

- ☐ Absence ou manque de suivi médical
- ☐ Absence ou difficulté(s) de coordination des aides
- ☐ Refus des aides par la personne
- ☐ Refus des aides par l'entourage
- ☐ Mise en échec des professionnels

ENVIRONNEMENT ET SÉCURITÉ

- ☐ Isolement
- ☐ Épuisement des aidants
- ☐ Logement inadapté et/ou insalubre
- ☐ Conduite à risque (*gaz, véhicule...*) - Mise en danger
- ☐ Situation économique précaire
- ☐ Absence de droits APA / MPDH ouverts

COMPLÉMENT D'INFORMATIONS

Renseignements médicaux, pathologie prédominante, antécédents, traitements, état de santé, projet de la personne

Dans le cas où le motif de la demande stipule « Evaluation globale », merci de préciser ci-dessous ➡

CADRE RÉSERVÉ AU DAC

Date du staff _____ Décision du staff _____

Référent DAC _____