

FICHE DE SOLLICITATION DAC 49

Envoyez votre fiche complétée à l'adresse : accueil@dac49.fr
Messagerie sécurisée : dac49accueil@esantepdl.mssante.fr



Le bon remplissage de la fiche de sollicitation permet d'apporter la meilleure réponse possible à votre besoin.
Merci d'y accorder une attention particulière.

Zone réservée au DAC 49
Réception : TEL / MAIL

☐ ☐

Je sollicite le DAC 49

Date de la demande :

Sollicitation de ☐ Madame ☐ Monsieur

Co-sollicitation de ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM :
Prénom :
Tel :
Mail :
Fonction :
Structure :



Identité de la personne concernée

Personne informée de la sollicitation DAC :
☐ Oui ☐ Non

☐ Madame ☐ Monsieur

NOM :
Prénom :
Tel :
Mail :
Adresse :



NOM de naissance :
Date de naissance :
Lieu de naissance :

Lieu actuel de prise en charge :

N° de Sécurité Sociale :

Situation familiale : ☐ Veuf / ☐ Divorcé / ☐ Vie maritale / ☐ Concubin / ☐ Séparé / ☐ Marié / ☐ Célibataire

Personne connue du CLIC : ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Si oui, quel CLIC :

Personne connue de la C360 : ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Personne connue d'un autre service : ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Si oui, lequel :

Elements d'alerte constatés

- ☐ Conduite à risque, Mise en danger
- ☐ Refus des aides par l'utilisateur
- ☐ Dépendance (actes vie quotidienne)

Aidants / Entourage familial et social

☐ Madame ☐ Monsieur

NOM :
Prénom :
Lien avec la personne :
Tel :
Mail :
Adresse :

Elements d'alerte constatés

- ☐ Absence totale d'entourage - Isolement
- ☐ Refus des aides par l'entourage
- ☐ Défaillance des aidants (épuisement, conflits)
- ☐ Indisponibilité de l'entourage (localisation, travail)



Autres, précisez :

Situation sanitaire

 Médecin traitant : ☐ Oui ☐ Non

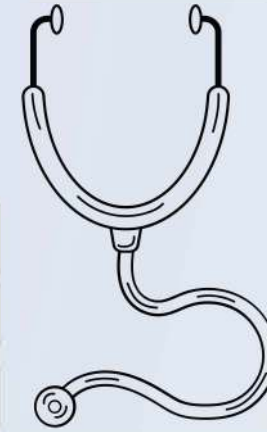
NOM, Prénom :

Tel :

Mail :

 Médecin informé de la sollicitation DAC : ☐ Oui ☐ Non

Antécédents médicaux / Hospitalisations récentes :



Elements d'alerte constatés

- ☐ Mal observance du traitement
- ☐ Perte de poids
- ☐ Chutes à répétition (> 2 fois / an)
- ☐ Trouble de la marche
- ☐ Troubles cognitifs
- ☐ Troubles de l'humeur
- ☐ Troubles du comportement
- ☐ Rupture médicale
- ☐ Souffrance morale
- ☐ Addiction

Informations sociales

 Mesure de protection : ☐ Oui ☐ Non

☐ Tutelle

☐ Curatelle Simple

☐ Sauvegarde de Justice

☐ Curatelle Renforcée

 Mandataire : ☐ Oui ☐ Non

NOM, Prénom :

Tel :

Mail :

Organisme :

 Habilitation Familiale : ☐ Oui ☐ Non

 Logement : ☐ Propriétaire ☐ Locataire

Elements d'alerte constatés

☐ Perte ou difficulté d'accès aux droits

☐ Difficulté dans la gestion administrative courante

Aides :

- ☐ APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)
- ☐ ASPA (Allocation de Solidarité aux PA)
- ☐ PCH (Prestation de Compensation du Handicap)
- ☐ AAH (Allocation Adultes Handicapés)
- ☐ AEEH (Allocation d'Éducation Enfant Handicapé)
- ☐ RSA (Revenu de Solidarité Active)
- ☐ APL (Allocation Personnalisée au Logement)
- ☐ Aide sociale

 Financement du plan d'aide : ☐ Oui ☐ Non

 A la charge de la personne : ☐ Oui ☐ Non

Caisse de retraite, si connue :

Intervenants dans la situation

☐ Oui ☐ Aucun à ce jour

NOM, fréquence, coordonnées ? :

Aide à domicile :

Portage de repas :

Téléassistance :

IDE / SSIAD / CSI :

Autre, précisez :

 Précisez votre **besoin**, les **difficultés ressenties**, la **plus-value du DAC attendue** :