

Date de la demande :

Personne qui réceptionne la demande :

Durée de l’appel :

IDENTITÉ DE LA PERSONNE À L’ORIGINE DE LA DEMANDE

Nom /Prénom :
☐ Professionnel ☐ Entourage

Structure :
Fonction :

Téléphone :

Fax :

Mail :

Comment le demandeur a-t-il connu le DAC ?

IDENTITÉ DE L’USAGER/PATIENT

Nom d’usage* :
Nom de naissance* :
Prénom* :
☐ Féminin* ☐ Masculin*

Date de naissance* :
Commune de naissance* :
Pays (si hors de France)* :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

INFORMATION / CONSENTEMENT

La personne est-elle informée de cette demande ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

La personne est-elle informée de la création de son dossier informatisé ? ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

*Critères obligatoires pour la création du dossier informatisé

SITUATION SANITAIRE

Pathologie principale :

Date du diagnostic :

Hospitalisé(e) ou à domicile :
Histoire de la maladie / du handicap / problématique /symptômes :

SITUATION MÉDICO-SOCIALE

Situation familiale :

Entourage familial :

Coordonnées :

Situation professionnelle (*actif, retraite, arrêt de travail, invalidité...*) :

Habitat (*autonome, hébergement, institution, sans domicile...*) :

N° sécurité sociale :

Couverture sociale (*régime général, spécial, fonction publique, indépendant...*) :

Couverture santé complémentaire (*nom*) :

APA (*GIR, nombre d'heures*) :

MDPH (*type de prestation*) :

Mesure de protection (*tutelle, curatelle, sauvegarde, habilitation familiale*) :

CERCLE DE SOINS / INTERVENANTS

Médecin traitant :

VAD : ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

Médecin référent :

Etablissement / Service :

IDEL (*qui, quand, pourquoi*) :

Service d'aide à domicile (*qui, quand, pourquoi*) :

Prestataire (*qui, pourquoi*) :

Matériel présent au domicile (*lit médicalisé...*):

MOTIF DEMANDE D'APPUI / INFORMATIONS +

TRAITEMENT DE LA DEMANDE

☐ Information ☐ Orientation ☐ Coordination ponctuelle ☐ Coordination de parcours individuel

Demande de compte rendu faite : ☐ OUI ☐ NON