DAC 32
Dispositif d'appui à la coordination
GERS

FICHE DE SOLLICITATION

Date : **De la demande** **De réception au DAC**

☐ J'atteste que la personne a été informée de l'échange et du partage d'informations entre les différents professionnels.

☐ J'atteste que la personne est informée de son droit d'opposition à tout moment.

Médecin informé : ☐ Oui ☐ Non

DEMANDEUR

Nom / Prénom :

Nature du lien :

Coordonnées :

Structure / professionnel si concerné :

PERSONNE CONCERNÉE

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Coordonnées (tél / mail) : /

Actuellement, la personne vit : ☐ à domicile ☐ seule ☐ avec entourage ou aidant

☐ hospitalisée précisez le lieu :

Adresse du domicile :

Représentant légal (droits et type de mesure) :

MOTIFS & CONTEXTE DE LA DEMANDE

☐ Information / Orientation *(page 1 uniquement)* ☐ Appui à la coordination ☐ Intervention en RCP

VOS ATTENTES VIS-À-VIS DU DAC

Votre demande sera évaluée par le DAC : Information, Orientation ou Appui, pour vous apporter une réponse adaptée.

RECUEIL D'INFORMATION

Pôle parcours complexe

ÉTAT DE SANTÉ

- ☐ Cancérologie
- ☐ Maladie chronique
- ☐ Altération de l'état général
- ☐ Santé mentale & psychiatrique
- ☐ Addiction
- ☐ Rupture de parcours
- ☐ Hospitalisations à répétition
- ☐ Maladie neurodégénérative
- ☐ Déficit sensoriel, précisez (cécité, surdité) :
- ☐ Autre (précisez) :

AUTONOMIE FONCTIONNELLE & DÉCISIONNELLE

Besoin d'aide :

- ☐ dans la vie quotidienne (courses, ménage, repas...)
- ☐ pour les actes essentiels (toilette, manger...)
- ☐ Altération de la prise de décision

ENVIRONNEMENT & SÉCURITÉ

- ☐ Isolement / absence d'aidant
- ☐ Précarité
- ☐ Épuisement de l'entourage / des professionnels
- ☐ Logement inadapté / insalubre
- ☐ Autre (précisez) :

CERCLE DE SOINS

Profession	Nom	Coordonnées
Médecin traitant		
Méd. spé		
IDEL		
SAAD		
Personne ressource		
Autres (précisez lien)		

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

ÉLÉMENTS DE VIGILANCE À PRENDRE EN COMPTE

Présence d'armes, agressivité, animaux? ☐ Non ☐ Oui (précisez) :

Merci de compléter avec précision afin, de permettre au DAC de vous apporter une réponse adaptée.

RECUEIL D'INFORMATION

Equipe Mobile de Soins Palliatifs

Merci de joindre :
- **un compte rendu médical** reprenant l'historique médical du patient
- **une ordonnance en cours**, si possible

CONTEXTE MÉDICAL

Pathologie principale :

Symptômes d'inconforts : ☐ oui ☐ non, si oui précisez:

Troubles cognitifs : ☐ oui ☐ non

Hospitalisation en cours ☐ oui ☐ non

Le lieu : Date de sortie :

AUTONOMIE FONCTIONNELLE & DÉCISIONNELLE

Besoin d'aide : ☐ dans la vie quotidienne (courses, ménage, repas...)

☐ pour les actes essentiels (toilette, manger...)

☐ Altération de la prise de décision

ENVIRONNEMENT & SÉCURITÉ

☐ Épuisement de l'entourage / des professionnels

☐ Isolement / absence d'aidant

☐ Logement inadapté / insalubre

☐ Précarité

☐ Autre (précisez) :

CERCLE DE SOINS

Aide en place: ☐ Non ☐ Oui , si oui précisez le nombre d'heures:

Profession	Nom	Coordonnées
Médecin traitant		
Méd. spé		
IDEL		
SAAD		
Personne ressource		
Autres (précisez lien)		

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Merci de compléter avec précision afin, de permettre à l'EMSP de vous apporter un accompagnement adapté.