

FORMULAIRE DE SOLLICITATION DAC 30

Envoyer à : contact@dac30.fr

Date de la demande

1 La personne ou son représentant légal à été informé de la présente sollicitation et consent à l'intervention du DAC ainsi qu'au partage des données nécessaires à sa prise en charge : Oui Non

Le médecin traitant est informé de la demande : Oui Non

Lieu de vie lors de la demande:
 Domicile Etablissement : Sortie prévue le

DEMANDEUR

Nom et prénom
 Fonction –Service/Etablissement
 Adresse complète
 Tél Mail

IDENTITE DE LA PERSONNE	PERSONNE REFERENTE/AUTRES CONTACTS
Seul <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Proche aidant <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Date de naissance Nom et prénom N°SS Adresse Tél Mail	Nom et prénom Tél Lien Mail Nom et prénom Tel Lien Mail

MOTIFS DE LA DEMANDE – COMMENT LE DAC PEUT VOUS AIDER ?

Évaluation de la complexité ressentie de la situation (de 1-faible à 10-très fort) : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

COORDONNEES DES INTERVENANTS (Nom, téléphone ; fréquence des interventions)

Médecin traitant
 Médecin spécialiste
 SAAD
 IDEL/SSIAD
 Mandataire judiciaire
 Autres

PARCOURS

- Maladie chronique Personne âgée Covid long Addictions Handicap Santé mentale Précarité
Enfance / Périnatalité Obésité pédiatrique Articulation lien Ville- Hôpital Autre
 Soins Palliatifs*

***PARCOURS SOINS PALLIATIFS**

- Patient : Diagnostic Pronostic Entourage : Diagnostic Pronostic
Demande de HAD effectuée : Oui Non Si oui, auprès de qui ?

Informations médicales (pathologies, symptômes majeurs, traitements, score OMS, GIR, problématiques identifiées...) :

DIFFICULTÉS/PROBLÉMATIQUES A CE JOUR

ACTIVITE DE LA VIE QUOTIDIENNE

- Gestion des tâches domestiques Soins d'hygiène Nutrition/Hydratation Communication
 Problématiques liées aux transferts Risque de chutes/chutes répétées Déplacements extérieurs/intérieurs

DROIT, SCOLARITE, EMPLOI, FORMATION

- Gestion de budget Démarches administratives Difficultés financières Problématiques scolarité
 Problématiques emploi Difficultés démarches accès aux droits

LIEU DE VIE ET HABITAT

- Absence de logement Logement insalubre/Encombrement Logement inadapté Danger au domicile

ENVIRONNEMENT FAMILIAL, SOCIAL, RELATIONNEL

- Epuisement aidant Epuisement des intervenants professionnels Isolement social Vulnérabilités

SANTE / SOINS

- Absence médecin traitant Absence de suivi/risque de rupture Non-adhésion de la personne Absence de diagnostic Troubles cognitifs Troubles du comportement/Agressivité Hospitalisation récurrente Perte de poids Coopération équipe de soins/Partage des informations

DEMARCHES EN COURS/DROITS/AIDES EN PLACE – COMPLÉMENT INFORMATIONS

- APA MDPH Caisses de retraite
Autre :

1Vos droits conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD) Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique suivant le Dispositif d'Appui à la Coordination. Le DAC est un dispositif qui œuvre à associer tous les professionnels engagés dans l'accompagnement de tout public, tout âge, toute pathologie. Le DAC est le responsable du traitement qui relève du code de la santé publique (art. L6327-2). Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent ainsi que d'un droit d'opposition, droit à la limitation du traitement et de l'effacement dans le cadre permis par le règlement européen. Vous pouvez exercer ces droits, en justifiant de votre identité, en écrivant à l'adresse électronique du DAC30 contact@dac30.fr et en indiquant en objet : "exercice des droits informatiques et libertés". Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits "informatiques et libertés" ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL sur www.cnil.fr

Siège social :

Immeuble Arche Bötti II
115, Allée Norbert Wiener - 30000 NIMES
contact@dac30.fr Site : www.dac30.fr