

FICHE DE DEMANDE DES DAC DES ALPES-MARITIMES

A envoyer au DAC du lieu de résidence de la personne concernée
Pour trouver le DAC référent : <https://www.dac06.fr/trouver-mon-dac/>

Territoire Ouest 06	Territoire Centre 06	Territoire Est 06
DAC Cap Azur Santé contact@capazursante.com 04 92 91 96 26	DAC C3S contact@dac-c3s.fr 04 92 00 02 03	DAC Est Azur contact@dac-estazur.fr 04 93 85 11 25

⚠ Toute demande implique que la personne orientée ait été informée du partage d'informations avec le DAC et ne se soit pas opposée à cette démarche dans la mesure du possible. Le DAC s'assurera du consentement de la personne tout au long de son accompagnement.

ORIENTEUR

Structure / service :

Date de demande :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Coordonnées (Téléphone ET Mail) :

PERSONNE CONCERNÉE

(* Informations nécessaires pour la bonne prise en compte de la demande - merci de votre compréhension)

*Nom :

*Nom de naissance :

*Prénoms de naissance :

*Sexe :

*Date de naissance :

*Commune de naissance ou pays (si né à l'étranger) :

*Adresse :

Téléphone :

Commentaires pour accès :

Situation administrative : Retraité.e En activité Chômage Scolarisé.e Autre :

Personne vivant seule : Oui Non Commentaires :

Où se trouve la personne au moment de l'orientation ? A domicile A l'hôpital Date de sortie envisagée :

Autre :

Représentant.e légal.e : Nom :

Coordonnées :

Habilitation familiale

Sauvegarde de justice

Curatelle simple

Curatelle renforcée

Tutelle

En cours

PERSONNE À CONTACTER POUR L'OBTENTION D'INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Nom :

Prénom :

Lien :

Téléphone / mail :

CERCLE DE SOINS (PROFESSIONNELS ET ENTOURAGE)

	Nom/Prénom	Coordonnées
Médecin traitant.e		
Infirmier.e		
Kinésithérapeute		
Autre professionnel.le libéral.e		
Assistant.e social.e		
Aide à domicile		
Livraison de repas		
Aidant.e		

MDA

n° dossier :

APA

GIR :

CONTEXTE DE L'ORIENTATION ET ATTENTES VIS-À-VIS DU DAC :

ALERTES (cocher les alertes repérées) *OPTIONNEL*

Alertes liées à la santé	
Etat de santé	☐ Pathologie chronique, évolutive, dégénérative ☐ Chutes ou hospitalisations régulières ☐ Etat douloureux ☐ Dégradation de l'état de santé, troubles alimentaires, perte ou prise de poids ☐ Troubles psychiques
Comportement	☐ Refus des aides / déni ☐ Plaintes, mauvais état de santé ressenti Repli sur soi, perte de motivation, estime de soi Réactions inadaptées
Troubles cognitifs	☐ Perte de repères dans le temps et / ou espace ☐ Confusion, trouble du jugement ou du raisonnement ☐ Troubles de la mémoire
Alertes liées à la perte d'autonomie	
Actes essentiels :	☐ Alimentation ☐ Hygiène corporelle ☐ Déplacement à l'intérieur ☐ Déplacement à l'extérieur ☐ Elimination urinaire / fécale ☐ Transferts ☐ Habillage / Déshabillage ☐ Prise / Gestion du traitement médicamenteux
Activités domestiques	☐ Entretien du logement ☐ Entretien du linge ☐ Courses ☐ Préparation des repas
Comportements à risque	☐ Errance / déambulation ☐ Addictions (tabac, alcool, médicaments...) ☐ Risques d'accidents domestiques (incendie, intoxication, inondation) ou de la circulation (conduite, traverse en dehors des passages, ...) ☐ Autre :
Alertes liées à l'environnement	
Logement	☐ Inadapté / problème d'accessibilité ☐ Inconfortable / incurie / Encombrement ☐ Présence d'un animal, préciser : ☐ Autre :
Economique	☐ Revenus insuffisants pour subvenir aux dépenses exceptionnelles ☐ Dettes / impayés ☐ Difficulté / absence de gestion
Social /familial	☐ Isolement/ rupture de liens ☐ Epuisement/ indisponibilité des aidants ☐ Epuisement professionnel ☐ Autre :
Alertes liées à la sécurité de l'intervention	
Comportements	☐ Antécédents d'agressivité verbale ☐ Antécédents de violence physique ☐ Imprévisibilité de comportement Antécédents de menace Instabilité de l'humeur
Environnement	☐ Présence d'un animal potentiellement agressif ☐ Présence de nuisibles ☐ Présence d'armes connue ou suspectée Contexte familial conflictuel Présence d'un tiers à risque
Préconisations	Première visite en binôme Rendez-vous en lieu neutre recommandé
Commentaires	