

FICHE DE DEMANDE

A envoyer au DAC du lieu de résidence de la personne concernée :

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. 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 A VIS DU DAC :

ALERTES (cocher les alertes repérées) *OPTIONNEL*

Alertes liées à la santé	
Etat de santé	<input type="checkbox"/> Pathologie chronique, évolutive, dégénérative <input type="checkbox"/> Chutes ou hospitalisations régulières <input type="checkbox"/> Etat douloureux <input type="checkbox"/> Dégradation de l'état de santé, troubles alimentaires, perte ou prise de poids <input type="checkbox"/> Troubles psychiques
Comportement	<input type="checkbox"/> Refus des aides / déni <input type="checkbox"/> Plaintes, mauvais état de santé ressenti <input type="checkbox"/> Repli sur soi, perte de motivation, estime de soi <input type="checkbox"/> Réactions inadaptées
Troubles cognitifs	<input type="checkbox"/> Perte de repères dans le temps et / ou espace <input type="checkbox"/> Confusion, trouble du jugement ou du raisonnement <input type="checkbox"/> Troubles de la mémoire
Alertes liées à la perte d'autonomie	
Actes essentiels :	<input type="checkbox"/> Alimentation <input type="checkbox"/> Hygiène corporelle <input type="checkbox"/> Déplacement à l'intérieur <input type="checkbox"/> Déplacement à l'extérieur <input type="checkbox"/> Elimination urinaire / fécale <input type="checkbox"/> Transferts <input type="checkbox"/> Habillage / Déshabillage
Activités domestiques	<input type="checkbox"/> Entretien du logement <input type="checkbox"/> Entretien du linge <input type="checkbox"/> Courses <input type="checkbox"/> Préparation des repas
Comportements à risque	<input type="checkbox"/> Errance / déambulation <input type="checkbox"/> Addictions (tabac, alcool, médicaments...) <input type="checkbox"/> Risques d'accidents domestiques (incendie, intoxication, inondation) ou de la circulation (conduite, traverse en dehors des passages, ...) <input type="checkbox"/> Autre :
Alertes liées à l'environnement	
Logement	<input type="checkbox"/> Inadapté / problème d'accessibilité <input type="checkbox"/> Inconfortable / incurie / Encombrement <input type="checkbox"/> Autre :
Economique	<input type="checkbox"/> Revenus insuffisants pour subvenir aux dépenses exceptionnelles <input type="checkbox"/> Dettes / impayés <input type="checkbox"/> Difficulté / absence de gestion
Social/familial	<input type="checkbox"/> Isolement/ rupture de liens <input type="checkbox"/> Epuisement/ indisponibilité des aidants <input type="checkbox"/> Epuisement professionnel <input type="checkbox"/> Autre :