



FICHE DE DEMANDE D'APPUI À LA COORDINATION

Le DAC intervient auprès des personnes et des professionnels dans le respect du **principe de subsidiarité**. Il n'est pas effecteur de soin, et n'a pas vocation à conduire une évaluation clinique ou à répondre aux situations d'urgence médicale.

DATE

/ /

Mention Obligatoire *

DEMANDEUR *

Nom Prénom :

Fonction / Structure :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Le demandeur s'engage en cochant les cases ci-après à * :

Si la personne est opposée ou n'est pas informée, la présente demande ne pourra être prise en compte

- ☐ Avoir informé la personne du recours au dispositif d'appui à la coordination
☐ Avoir recueilli la non opposition de la personne à l'étude de sa situation **

Signature :

PERSONNE CONCERNÉE *

Nom :

Prénom :

Nom de Naissance :

Date et lieu de naissance :

☐ H ☐ F ☐ Autre

Adresse :

CP/ Ville :

Étage et code d'accès :

Mail :

Téléphone :

CONTEXTE DE VIE

La personne vit seule ☐ Oui ☐ Non

Si non, précisez (couple, enfants...) :

☐ Actif ☐ Retraité ☐ Étudiant ☐ Sans emploi

Langue parlée :

PERSONNE RESSOURCE

Nom Prénom :

Lien :

Téléphone :

Mail :

STATUT JURIDIQUE

☐ Majeur

☐ Majeur protégé

Précisez la mesure de protection :

☐ Mineur

Coordonnées du ou des représentants légaux :

SANTÉ / DROIT COMMUN

N° sécurité sociale :

☐ CSS

ALD : ☐ Oui ☐ Non

Mutuelle : ☐ Oui ☐ Non

Droits ouverts : ☐ Oui ☐ Non ☐ Déposé

☐ APA précisez GIR ☐ PCH

☐ RSA

☐ AAH

☐ ASPA

☐ Forfait palliatif

☐ ACTP

HOSPITALISATION

En cours ☐ Oui ☐ Non

☐ Hospitalisations itératives

Structure / Service :

Date de Sortie :

Démarches engagées en vue du RAD :



MOTIF DE LA DEMANDE D'APPUI *

Le parcours de santé désigne l'ensemble des étapes et des acteurs mobilisés pour assurer une prise en charge continue, coordonnée et adaptée aux besoins d'une personne.

- ☐ **Risque** de rupture du parcours de santé
☐ Rupture **avérée** du parcours de santé

- ☐ Appui aux professionnels
☐ Appui aux aidants

PRÉCISIONS

INFORMATIONS SANTÉ / AUTONOMIE / ENVIRONNEMENT *

ANTÉCÉDENTS

- ☐ Absence de suivi médical
☐ Refus de suivi médical

TROUBLES SIGNIFICATIFS OBSERVÉS

- ☐ Troubles moteurs
☐ Troubles du comportement alimentaire
☐ Déficit sensoriels (vue/audition)
☐ Troubles cognitifs
☐ Troubles psychiques
☐ Conduites addictives
☐ Autres :

- ☐ Difficultés pour les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation, déplacement, élimination...)
☐ Difficultés pour la gestion administrative et financière
☐ Difficultés de scolarité / formation / emploi
☐ Difficultés d'intervention des professionnels ou absence
☐ Problématique de logement (inadapté, insécurisant, incurie/insalubrité/vétusté)
☐ Isolement social

ENTOURAGE PROFESSIONNEL (PRÉCISEZ NOM ET COORDONNÉES SI POSSIBLE)

Médecin Traitant

Médecin Spécialiste

Cabinet Infirmier

Autres Paramédicaux

Ex : kinés, orthophonistes

Service d'aide à domicile

Services Sociaux

Portage de repas

Autres

Ex : prestataire de soin, oxygène...

