

## Demande d'appui

Répondant :

Date de  
demande :

La personne est informée de la demande :  Oui  Non

La personne consent au partage d'information  Oui  Non

Le médecin traitant est informé de la demande  Oui  Non

### Professionnel demandeur :

Nom/Prénom :

Structure / type de professionnel :

Coordonnées :

### Personne concernée :

Nom/Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Commune de naissance (si connue) :

Coordonnées (tél / mail) :

### Personne ressource :

Nom/Prénom :

Nature du lien (famille, voisin, ami, ...) :

Coordonnées :

### Personne actuellement :

A domicile

Vit seule

Avec entourage

En établissement - préciser lequel :

Hospitalisée - sortie prévue le :

### Professionnels intervenants

Type de professionnel	Nom/prénom	Fréquence d'intervention si connue	Coordonnées

### Aides existantes

Mesure de protection juridique :  Oui  Non  En cours

Si oui :  tutelle  curatelle  autre

Exercée par :

Caisse de sécurité sociale :  CPAM  MSA  SSI  Autre

Mutuelle :  Oui  Non

Si oui, laquelle :

Caisse de retraite :  CNAV  MSA  SSI  Autre

Aides humaines en place :  APA  MDPH  Caisses de retraite  Autre

Recueil d'information		Commentaires
Santé	<input type="checkbox"/> Cancérologie <input type="checkbox"/> Conduites addictives <input type="checkbox"/> Maladies chroniques ou évolutives <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs <input type="checkbox"/> Troubles du comportement <input type="checkbox"/> Troubles psychiques	
Autonomie	<input type="checkbox"/> Besoin d'aide dans la vie quotidienne (faire ses courses, ménage, ...) <input type="checkbox"/> Besoin d'aide dans les actes essentiels (manger, faire sa toilette, ...) <input type="checkbox"/> Troubles du jugement et/ou de compréhension	
Aides et soins	<input type="checkbox"/> Refus d'aides et/ou de soins <input type="checkbox"/> Mise en échec des professionnels <input type="checkbox"/> Rupture de soins	
Environnement & sécurité	<input type="checkbox"/> Epuisement de l'entourage <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Logement inadapté / insalubre <input type="checkbox"/> Vulnérabilité <input type="checkbox"/> Précarité	

**Motif de la demande et besoins identifiés :**

**Fiche à renvoyer :**

- Messagerie sécurisée (medimail ou MS Santé) : [contact@dac32.fr](mailto:contact@dac32.fr)
- Nous joindre : 05 62 07 17 53