

Date de la demande .....

## **IDENTITE DU DEMANDEUR :**

Professionnel       Usager       Aidant (lien de parenté) \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Si professionnel : Utilisez-vous Médimail ? Oui /Non      @ : \_\_\_\_\_

SPICO ? Oui /Non

### Secteur d'activité :

- Médecin généraliste       Libéraux       Social  
 Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS)       Hospitaliers  
 Organismes de protection sociale et complémentaires       Autre : \_\_\_\_\_

## **MOTIF DE LA DEMANDE :**

Information       Orientation

Appui à la coordination d'une situation complexe :

- Soins palliatifs       Maladie chronique       Personnes Agées       COVID long  
 Personnes Handicapées       Santé Mentale       Enfance - périnatalité

Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

## **PROBLEMATIQUES REPEREES :**

- Administratives et/ou financières       Accès aux professionnels de santé       Isolement social  
 Aidant en difficulté       Accès aux structures d'hébergement       Sortie d'hospitalisation  
 Maintien à domicile       Besoin d'aide à la vie quotidienne  
 Autre (préciser) \_\_\_\_\_

## **IDENTITE DE LA PERSONNE CONCERNEE :**

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  Homme       Femme

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_ âge : \_\_\_\_\_ ans      Tél : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Lieu de vie actuel :  Domicile       Etablissement sanitaire       ESMS PH       ESMS PA

Structure d'hébergement à caractère social       Autre(préciser) \_\_\_\_\_

Pathologie connue :

- Maladies neuro-dégénératives     Oncologie     Maladies Chroniques / Insuffisances d'organes      
Pathologies psychiatriques     Autre (préciser) \_\_\_\_\_     Absence de pathologie

**CONSENTEMENT/ACCORD :**

- La personne est informée de la demande  
 La personne a consenti au partage d'information entre les professionnels de soin

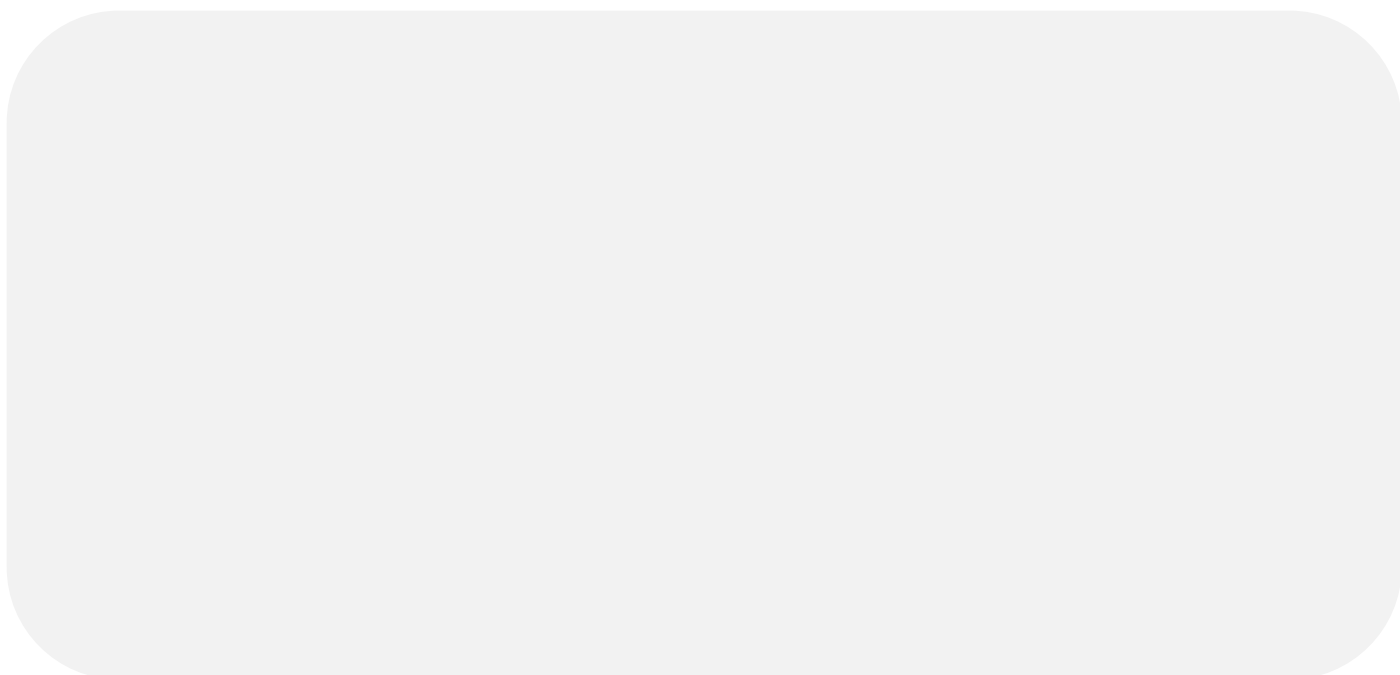
Si non, pourquoi ? (Refus ou incapacité)

Mesure de protection ?      Oui / Non      Exercée par : \_\_\_\_\_

**INTERVENANTS PROFESSIONNELS :**

Nom Prénom - Fonction	Coordonnées (tel/mail)	Nature de l'intervention

**ELEMENTS COMPLEMENTAIRES :**



**DEMANDE D'APPUI A ADRESSER AU DAC 46 : [contact@dac46.fr](mailto:contact@dac46.fr)**