

Date de la demande :/...../.....

 Dispositif d'appui à la coordination	FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION A ENVOYER AU Dispositif d'Appui à la Coordination DAC'63	 GCSsara la santé connectée
---	---	---

Professionnel adressant la demande :

Nom : Fonction :
Structure/service :
Tél : Portable : Mail :

Personne concernée :

Nom : Prénom : Nom de naissance :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Adresse : Situation familiale :
Lieu de vie :
Tél : Portable : Mail :
Mesure de protection : ☐ oui ☐ non ☐ à envisager Type de mesure :
Personne de confiance : ☐ oui, précisez : ☐ non
Coordonnées du référent principal (si différent de la personne de confiance) :
Droits ouverts : ☐ oui, précisez : ☐ non ☐ à envisager

Consentement de la personne concernée :

La personne a été informée de la sollicitation du Dac'63 : ☐ oui ☐ non
La personne a donné son consentement pour la sollicitation du Dac'63 : ☐ oui ☐ non
La personne est-elle en capacité de donner son consentement : ☐ oui ☐ non
Une personne de confiance ou le représentant légal a-t-il donné son consentement : ☐ oui ☐ non
Si oui, Nom, Prénom : Coordonnées :

Professionnels intervenant (Nom /structure d'intervention/coordonnées :

Médecin traitant :
Cabinet Infirmier :
Service d'aide à domicile :
Service social :
Structure éducative :
Autres :

Renseignements médicaux, pathologie(s) en cours : ATCDs :

Nécessité d'une évaluation multidimensionnelle/gériatrique à domicile : ☐ oui ☐ non ☐ à envisager

Risque de rupture impactant le PARCOURS DE SANTE : (hospitalisations répétées, sortie d'hospitalisation, actes thérapeutiques nombreux ou complexes, retrait ou recherche d'un professionnel de santé, polypathologies (somatiques ou psychiatriques), incapacité à organiser son parcours de santé, difficultés accès aux soins...)

.....

.....

.....

Risque de rupture impactant l'AUTONOMIE : (Hospitalisation récente, pathologie somatique ou psychiatrique, perte d'autonomie récente, changement à venir impactant l'autonomie, ...)

.....

.....

.....

Risque de rupture impactant l'ENVIRONNEMENT/LA SECURITE : (logement insalubre/inadapté/encombré, besoin aménagement du logement, accompagnement à la recherche d'établissement/structure plus adaptée, refus à la mise en place d'aides à domicile, épuisement des professionnels à domicile...)

.....

.....

.....

Risque de rupture impactant L'ASPECT FAMILIAL/SOCIAL : (changement récent : décès éloignement, isolement familial géographique, conflits familiaux/conjugopathie, départ/épuisement de l'aidant principal, ...)

.....

.....

.....

Risque de rupture impactant L'ASPECT ECONOMIQUE/ADMINISTRATIF : (changement récent ou à venir, précarité sociale/financière, difficultés de gestion administrative et budgétaire, difficultés d'accès aux droits, ...)

.....

.....

.....

Descriptif de la situation

<u>Problématiques rencontrées par le professionnel</u>	<u>Attentes du professionnel/Besoins identifiés</u>
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Fait le :, A, Signature :