



DATE DE LA DEMANDE :

LE(S) DEMANDEUR(S) Demande conjointe : OUI NON

Nom :
Prénom :
Profession ou
établissement :



Nom :
Prénom :
Profession ou
établissement :



INFORMATION et CONSENTEMENT

« Il est indispensable que la personne soit informée de la demande d'appui DAC. Dans la mesure du possible, le consentement est recherché. La personne est informée que les informations recueillies nécessaires à la gestion du dossier pourront faire l'objet d'un traitement informatique »

La personne :
est informée de la demande OUI NON
a donné son consentement OUI NON

n'est pas en capacité de donner son
consentement :

Commentaires :

PERSONNE CONCERNÉE

COORDONNÉES DE LA PERSONNE

Nom :
Nom de jeune fille :
Prénom :
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Nationalité :

Adresse :

CP :

VILLE :



MÉDECIN TRAITANT

Médecin traitant identifié : OUI NON
Il est informé de la demande : OUI NON

Nom :

Prénom :

Ville :



MOTIF(S) DE LA DEMANDE D'APPUI

Rupture du parcours

Perte d'autonomie

Besoin d'accompagnement social

Refus de soins

Soins palliatifs

Vulnérabilité, suspicion de violence, maltraitance

Hospitalisations répétées

Épuisement des aidants

État psychologique : Stable Altéré Autres :

DESCRIPTION DE LA DEMANDE D'APPUI

(difficultés rencontrées, besoins, attentes, questionnements)

INFORMATIONS CONCERNANT LA PERSONNE

PERSONNE DE CONFIANCE

Situation familiale :

Célibataire PACSE (E) Marié (e) Veuf(ve) Autre

Enfant(s) Nombre :

Entourage :

La personne vit elle seule ? OUI NON

Il y a-t-il des proches à proximité ? OUI NON

Aidant principal :

Coordonnées de l'aidant principal :

Aujourd'hui la personne est :

à domicile hospitalisée Lieu :

Autre :

Aujourd'hui la personne communique :

sans difficulté avec difficulté ne communique plus

confusion troubles cognitifs

ANTÉCÉDENTS, PATHOLOGIES

La personne a désigné une personne de confiance :

OUI NON

Nom :

Prénom :

Lien avec la personne :



La personne a exprimé son choix sur ces directives anticipées ?

OUI NON NE SAIT PAS

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

La personne bénéficie d'une mesure de protection

OUI NON NE SAIT PAS

Si oui laquelle Habilitation familiale

Curatelle Curatelle renforcée Tutelle

AIDES FINANCIÈRES

GIR :

APA : OUI NON EN COURS NE SAIT PAS

PCH : OUI NON EN COURS NE SAIT PAS

Autre :

ACTEURS CONNUS DU PARCOURS DE LA PERSONNE

ACTEURS	Nom - Institution	Nature de l'intervention	Fréquence d'intervention
Médecin traitant			
Autres Spécialistes			
IDEL, IDEC			
SSIAD			
Aides à domicile (SAD) Auxiliaire de vie			
Portage de repas			
Accueil de jour			
Kinésithérapeute, Ergothérapeute			
Pharmacien			
CLIC			
DIVADOM			
CPTS			
Assistante sociale			
Autres professionnels			
Autres professionnels			