



DATE DE LA DEMANDE :

Réinitialiser le formulaire

LE(S) DEMANDEUR(S)

Demande conjointe :

☐

OUI

☐

NON

INFORMATION et CONSENTEMENT

Nom :

Prénom :

Profession ou
établissement :



Nom :

Prénom :

Profession ou
établissement :



« 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

Nom :

Prénom :

Ville :

Il est informé de la demande :

☐

OUI

☐

NON



MOTIF(S) DE LA DEMANDE D'APPUI

☐ Rupture du parcours

☐ Perte d'autonomie

☐ Besoin d'accompagnement social

☐ Refus de soins

☐ Soins palliatifs

☐ Vulnérabilité

☐ Hospitalisations répétées

☐ Épuisement des aidants

☐ Suspicion de violence, maltraitance

État psychologique : ☐ Stable ☐ Altéré

Autres :

DESCRIPTION DE LA DEMANDE D'APPUI ET OBJECTIFS ATTENDUS DE L'INTERVENTION DU DAC
(difficultés rencontrées, besoins, attentes, questionnements)

Merci de nous adresser un mail en complément de cette demande si vous souhaitez compléter votre description ou y joindre une pièce jointe.

INFORMATIONS CONCERNANT LA PERSONNE

Situation familiale :☐ Célibataire ☐ PACSE (E) ☐ Marié (e) ☐ Veuf(ve) ☐ Autre☐ Enfant(s) Nombre :**Entourage :**La personne vit elle seule ? ☐ OUI ☐ NONIl 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**Risques** pour les intervenants à domicile :

PERSONNE DE CONFIANCE

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 PASSi oui laquelle ☐ Habilitation familiale☐ Curatelle ☐ Curatelle renforcée ☐ Tutelle

ANTÉCÉDENTS, PATHOLOGIES

AIDES FINANCIÈRES

GIR :

APA : ☐ OUI ☐ NON ☐ EN COURS ☐ NE SAIT PASPCH : ☐ OUI ☐ NON ☐ EN COURS ☐ NE SAIT PAS☐ Autre :

ACTEURS CONNUS DU PARCOURS DE LA PERSONNE

ACTEURS	Nom - Institution	Nature et fréquence de l'intervention	Coordonnées du partenaire numéro de téléphone ou email
Médecins spécialistes			
IDEL, IDEC			
SSIAD			
Aides à domicile (SAD) Auxiliaire de vie			
Portage de repas			
Accueil de jour			
Kinésithérapeute, Ergothérapeute			
Pharmacien			
CLIC			
DIVADOM-CRT			
CPTS			
Assistante sociale			
Autres professionnels			
Autres professionnels			