

Public : toute personne pour toute pathologie, sans critère d'âge, en situation perçue complexe à domicile

*** Champ obligatoire**

CADRE RÉSERVÉ AU DAC

Date de réception _____

Dossier Santélien existant : ☐ Oui ☐ Non

DATE DE LA DEMANDE

CONSENTEMENT *

- ☐ La personne est informée de la demande ☐ La personne a consenti au partage d'informations la concernant

IDENTITÉ DE LA PERSONNE

Nom d'usage * _____
 Nom de naissance * _____
 Prénom * _____
 Genre ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre
 Date de naissance * _____ Age _____
 Lieu de naissance * _____
 Adresse _____
 _____ Ville _____
 Tél. _____ Mail _____

IDENTITÉ DU DEMANDEUR OU CACHET PROFESSIONNEL

Nom, Prénom _____
 Fonction _____
 Adresse _____

 Téléphone _____
 Portable _____
 Mail professionnel _____

ATTENTE(S) DU PROFESSIONNEL | POURQUOI FAITES-VOUS APPEL AU DAC SANTÉ 78 NORD ? *

Documents à joindre : ☐ comptes-rendus médicaux et/ou ☐ ordonnances et/ou ☐ autres (DLU, PPS ...)

MOTIF(S) DE LA DEMANDE

- ☐ Information / Orientation vers une ressource ☐ Appui à la coordination des acteurs intervenant auprès du patient
☐ Evaluation globale * [merci de préciser au verso] ☐ Evaluation de la douleur
☐ Accès et organisation du parcours de santé ☐ Aide à la décision éthique
☐ Soutien aux aidants ☐ Autre, préciser : _____

MODE DE VIE

Vit seul ☐ En couple ☐ En famille ☐
 Enfants : ☐ Oui ☐ Non Nombre : _____

MÉDECIN TRAITANT

☐ Sans médecin traitant
 Nom _____
 Adresse _____

 Tél. _____ Mail _____
☐ Médecin traitant informé de la demande

RÉFÉRENTS PROFESSIONNELS

Infirmier à domicile _____
 Service d'aide à domicile _____
 Kinésithérapeute _____
 Spécialistes _____
 Pharmacien _____
 Service social _____
 Mandataire _____
 Autres (équipe mobile, HAD...) _____

RÉFÉRENTS (FAMILLE, ENTOURAGE...) À CONTACTER

Nom, Prénom _____
 Coordonnées _____
 Lien _____
 Personne de confiance ☐ Personne à contacter ☐

- ☐ Cancérologie
- ☐ Gériatrie
- ☐ Handicap
- ☐ COVID long

- ☐ Psychiatrie / Santé mentale
- ☐ Soins palliatifs
- ☐ Soins de support
- ☐ Autre, préciser :

SANTÉ

- ☐ Altération de l'état général
- ☐ Modification ou aggravation récente des symptômes et/ou troubles
- ☐ Symptômes physiques (*plaie, douleur ...*)
- ☐ Hospitalisations à répétition
- ☐ Pathologie chronique déséquilibrée ou évolutive
- ☐ Déficit sensoriel (*cécité, surdité*)
- ☐ Addiction
- ☐ Trouble alimentaire (*perte ou prise de poids*)
- ☐ Troubles de la déglutition
- ☐ Troubles cognitifs (*mémoire, désorientation, confusion*)
- ☐ Troubles du comportement (*agressivité, déambulation*)
- ☐ Troubles du jugement et de la compréhension
- ☐ Souffrance morale

- ☐ Besoin d'aides dans les actes essentiels (*se lever, se laver, s'habiller, manger...*)
- ☐ Besoin d'aides dans la vie quotidienne (*courses, ménage...*)
- ☐ Chutes à répétition (*>2 par an*)

- ☐ Absence ou manque de suivi médical
- ☐ Absence ou difficulté(s) de coordination des aides
- ☐ Refus des aides par la personne
- ☐ Refus des aides par l'entourage
- ☐ Mise en échec des professionnels

- ☐ Isolement
- ☐ Épuisement des aidants
- ☐ Logement inadapté et/ou insalubre
- ☐ Conduite à risque (*gaz, véhicule...*) - Mise en danger
- ☐ Situation économique précaire
- ☐ Absence de droits APA / MPDH ouverts

Renseignements médicaux, pathologie prédominante, antécédents, traitements, état de santé, projet de la personne

Dans le cas où le motif de la demande stipule « Evaluation globale », merci de préciser ci-dessous ➤

Date du staff Décision du staff

Réfèrent DAC