

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

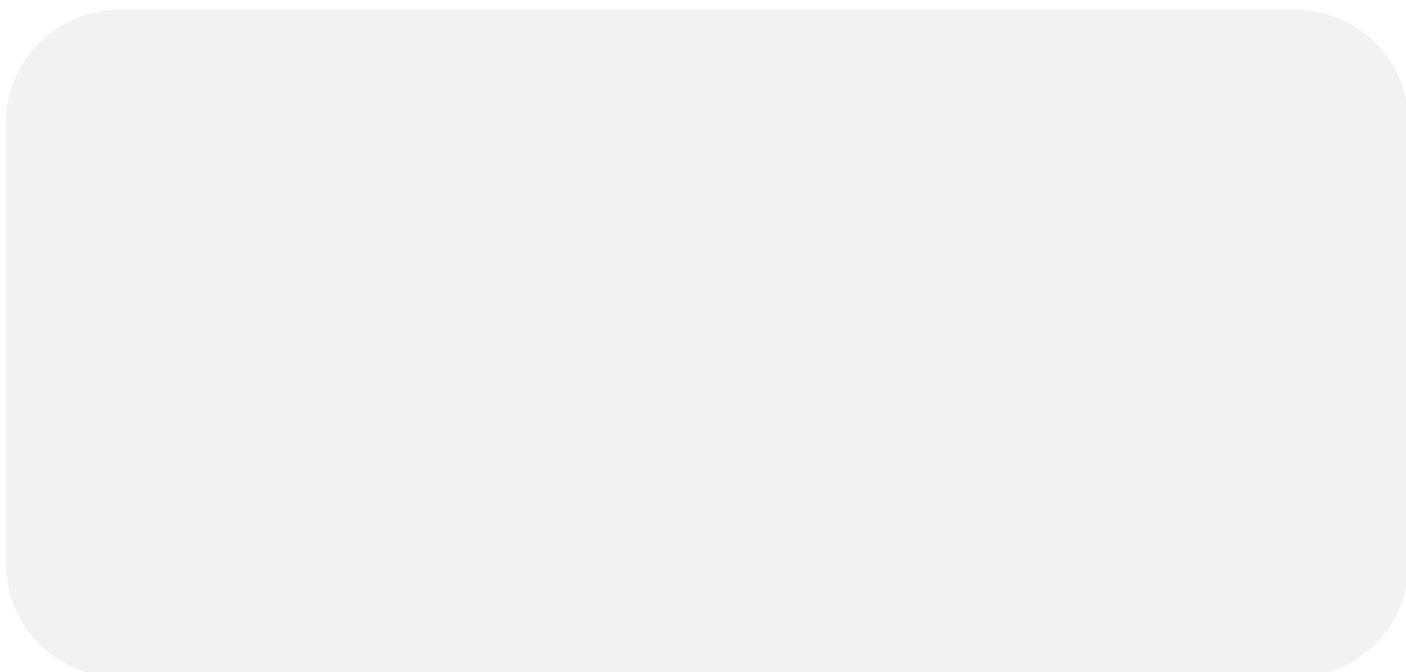
Si non, pourquoi ? (Refus ou incapacité)

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)**