



# DEMANDE D'APPUI

Merci d'envoyer votre demande à [contact@dac11.fr](mailto:contact@dac11.fr) (ouverture du lundi au vendredi de 09h à 17h)

## Demandeur

Date :

Nom

Mail

Prénom

Tel

Fonction

Structure

La personne est-elle informée de la demande ?

OUI

NON

Consent-elle au partage d'information entre les différents professionnels ?

OUI

NON

## Identité de la personne concernée

Madame  Monsieur  Enfant

Nom

Nom de naissance

Prénom

Date de naissance

Commune de naissance

Numéro de sécurité sociale

Téléphone

Email

Adresse

CP Commune

Vit seul  OUI  NON avec :

Situation  Retraité  En activité  Scolarisé

Sans activité :

Droits ouverts :

MDPH  APA - si oui GIR :

Autres (caisses de retraites, Mutuelles, etc...)

Précisez :

## Représentant Légal

Nom / Prénom

Mail / Tel

Structure

**Mesure de protection juridique**

Oui  Non  En cours

Sauvegarde de justice  Curatelle Simple

Curatelle renforcée  Tutelle

**Si patient mineurs**

Parents  Tiers  ASE

## Personnes ressources / Proches / Aidants

Nom Prénom

Lien

Tel/mail

Nom Prénom

Lien

Tel/mail

## Intervenant à domicile

Fonction	NOM / Prénom	Coordonnées	Fréquence d'intervention
Médecin traitant			
IDEL			
Service d'aides à Domicile			
<u>Autre professionnels :</u> • Kinésithérapeutes • Etabl. d'accueil • etc...			

<u>Recueil d'informations</u>	Commentaires
<p><b><u>Santé</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cancérologie</li> <li><input type="checkbox"/> Maladies chroniques ou évolutives</li> <li><input type="checkbox"/> Maladies rares</li> <li><input type="checkbox"/> Conduites addictives</li> <li><input type="checkbox"/> Troubles cognitifs</li> <li><input type="checkbox"/> Troubles psychiques</li> <li><input type="checkbox"/> Troubles du comportement</li> <li><input type="checkbox"/> Troubles sensoriels (surdité, c�civit�,...)</li> <li><input type="checkbox"/> Soins palliatifs</li> <li><input type="checkbox"/> Troubles nutritionnels</li> <li><input type="checkbox"/> Troubles du neuro développement (TSA, TDAH, TSLA, TDC Etc...)</li> </ul>	
<p><b><u>Aides et soins</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Besoins d'aide dans les actes de la vie quotidienne</li> <li><input type="checkbox"/> Refus d'aides et/ou de soins</li> <li><input type="checkbox"/> Absence de suivi médical</li> <li><input type="checkbox"/> Hospitalisations répétées</li> </ul>	
<p><b><u>Environnement et sécurité</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> �puisement / Absence de l'aidant</li> <li><input type="checkbox"/> Isolement social / géographique</li> <li><input type="checkbox"/> Logement inadapté</li> <li><input type="checkbox"/> Logement insalubre / incurie</li> <li><input type="checkbox"/> Précarité</li> <li><input type="checkbox"/> Suspicion d'abus, négligence ou maltraitance</li> </ul>	
<p><b><u>Aspects administratifs et/ou financiers</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Problème d'accès aux droits / financiers</li> <li><input type="checkbox"/> Difficultés ou inaptitudes dans la gestion administrative</li> <li><input type="checkbox"/> Difficultés de scolarité</li> <li><input type="checkbox"/> Difficultés d'insertion professionnelle</li> </ul>	

**Problématiques rencontrées / Motif de la demande (= qu'attendez-vous du DAC?)**

Au regard des informations transmises, pensez-vous qu'un coordinateur DAC peut se rendre seul   domicile en toute sécurité ?

OUI                       NON