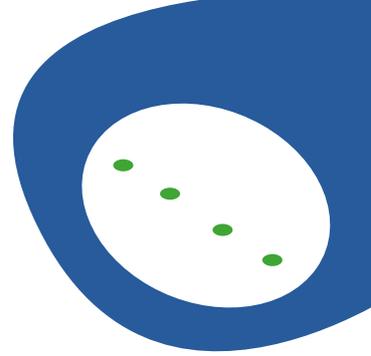


Formulaire de demande d'appui Inter DAC



Appel reçu
par :

Réservé à l'usage des professionnels

*Champs OBLIGATOIRES

Date de la
demande*:

Identité de la personne concernée

Nom*:

Prénom*:

Date de
naissance

Nom de jeune fille :

Âge :

Sexe : Femme Homme Autre

Adresse*:

Si hospitalisation (Structure / Service) :

Retour au domicile prévu le :

Téléphone :

Mail :

Nombre d'enfants :

Situation familiale:

Environnement familial impliqué: Oui Non

Médecin Traitant

Nom :

Prénom :

Absence
de Médecin Traitant

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Le médecin Traitant est-il informé de la demande auprès du DAC : Oui Non

Identité du demandeur

Identité*:

Fonction*:

Lieu d'exercice*:

Téléphone*:

Mail :

La personne concernée par la demande (ou son représentant légal) est informée de la demande*

La personne a consenti au partage d'informations en équipe élargie : Oui Non N'est pas en capacité

Personne à contacter

Nom :

Prénom :

Lien :

Téléphone :

Mail :

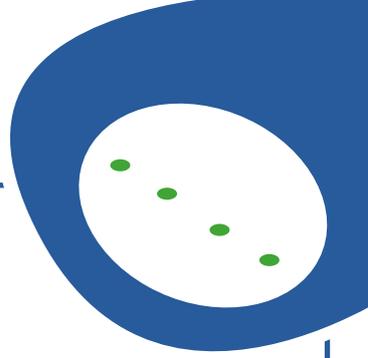
Nom :

Prénom :

Lien :

Téléphone :

Mail :



Mesure de Protection

La personne concernée par la demande bénéficie-t-elle d'une mesure de protection :

Si oui, type de mesure exercée :

Mandataire :

Téléphone :

Mail :

Organisme :

Aides Financières

PCHU :	Oui	Non	En cours	APAA :	Oui	Non	En cours
PCH :	Oui	Non	En cours	APA :	Oui	Non	En cours

Autres :

Professionnels et Intervenants

Identité / Structure	Coordonnées	Type de prestation	Fréquence
----------------------	-------------	--------------------	-----------

Problématiques de prise en soins

Manque de lien entre professionnels	Intervention insuffisante ou inadaptée	Refus d'aide / de soins
Rupture de parcours de soins	Problématiques d'accompagnement médical / médicosocial	
Epuisement des professionnels	Autre :	

Problématiques Logement

Insalubrité	Inadapté	Isolement géographique
-------------	----------	------------------------

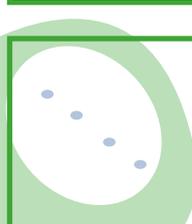
Problématiques financières

Gestion Financière	Accès aux droits	Précarité économique
--------------------	------------------	----------------------

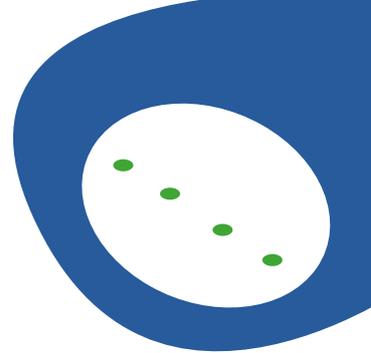
Problématiques environnement

Epuisement de l'aidant	Isolement social	Problématique familiale (ex: présence de jeunes enfants)
------------------------	------------------	--

Problématiques non évoquées



Précisez la situation / état général :



Quelles sont vos attentes / besoins d'appui concernant cette demande ?

Points de vigilance (intervention, danger, confidentialité, modalité d'accès).

Pour envoyer votre formulaire cliquez sur le logo du DAC concerné

DAC Appui santé du Ferrain :
03 20 89 22 74
contact@dac-asf.fr

DAC Appui santé des Flandres :
03 74 06 01 00
dac@appuisantedesflandres.fr

DAC Appui santé Lille Agglo :
03 20 87 49 49
dac.asla@ghicl.net

DAC Appui Santé Lille Sud-Est Douaisis :
03 59 57 77 37
contact@appui-sante-lsed.fr

Encart réservé au DAC

Notes pour les RPC :

Traitement de la demande

Information / Orientation

Appui

