

# Fiche de recueil de données pour demande d'appui par un professionnel

Merci de joindre tous les documents dont vous disposez (Compte- rendus de consultation, compte- rendu hospitaliers, ordonnances...)

**Rappel :** Toute sortie d'hospitalisation doit être organisée par l'hôpital. Toute intervention du DAC se fait avec l'accord du médecin traitant

***A retourner à (fiche + documents) :***

**DAC Santé 94 Est** - Hôpital Albert Chenevier  
Bât. Chevrier - 1<sup>er</sup> étage 94000 CRETEIL

**Tél :** 01 89 168 168 ou **Fax :** 01 84 23 26 50

**Mail :** [secretariat@dac94est.fr](mailto:secretariat@dac94est.fr)  
[secretariat@dac94est.mssante.fr](mailto:secretariat@dac94est.mssante.fr)

**Date de la demande :**

**PROFESSIONNEL A L'ORIGINE DE LA DEMANDE**

Nom/ Prénom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone (ligne directe) : \_\_\_\_\_ A quel moment êtes- vous le plus joignable ?  
 Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
 Comment avez-vous connu le DAC?

**PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE :**

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Nom d'usage : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ NIR (n° Sécurité sociale) : \_\_\_\_\_  
 Commune de naissance : \_\_\_\_\_ Pays (si hors France) : \_\_\_\_\_  
 Adresse :  Adresse Administrative  Adresse pour visite à domicile  
 Ville : \_\_\_\_\_  
 Préciser si (digicode, numéro d'interphone, escalier...) : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Personne ressource / lien : \_\_\_\_\_ Téléphone / mail : \_\_\_\_\_  
 La personne est-elle informée de cette demande ?  Oui  Non  Ne se prononce pas

**ALERTES MEDICALES**

- Hospitalisations répétées /  Absence de suivi médical  
 Perte d'autonomie physique /  Cognitive /  Handicap  
 Douleurs /  Autres symptômes pénibles  
 Modification du poids / anorexie  
 Chutes  
 Repli sur soi /  Détresse psychologique personne et/ ou entourage  
 Autres :

**ALERTES MEDICO-SOCIALES**

- Précarité financière et/ou problématique d'accès aux droits  
 Isolement social /  Absence d'aidant  
 Epuisement de l'entourage  
 Habitat inadapté /  Besoin d'aménagement /  Aides techniques  
 Insalubrité  
 Absence d'aide professionnelle /  Refus d'aide professionnelle  
 Risque ou suspicion d'abus ou de maltraitance

**PRECISEZ QUELLES SONT LES OBJECTIFS DE LA DEMANDE, QUELLES SONT LES DIFFICULTES RENCONTREES :**

- Information     Aide à la coordination médicale     Aide à la coordination médico-sociale     Prise en charge psychologique  
 Soins palliatifs     Ergothérapie

**QUELLES ACTIONS ONT ETE ENTREPRISES ?****PROFESSIONNELS AUTOUR DE LA PERSONNE :**

**Médecin traitant :**     OUI     NON

Si oui, information du professionnel :

Commune :

Téléphone / mail :

A- t-il été contacté pour les difficultés rencontrées ?  OUI     NON

**Aides et soins au domicile :**

- Infirmier libéral     Kiné     Service aide à domicile     Service soins à domicile     ESA     HAD     Autres

Nom/ téléphone/ mail (pour chaque professionnel) et aides mises en place (passage par jour, semaine...)

**SITUATION SANITAIRE DE LA PERSONNE :**

**Aujourd'hui, la personne est :**     Hospitalisée     A domicile     Sortie récente de l'hôpital

♦ Etablissement :

Service :

Référent hospitalier :

Date d'hospitalisation :

**Etat de santé : pathologie(s) principale(s) et antécédents principaux :**

**SITUATION SOCIALE DE LA PERSONNE:**

Conditions de vie :     Seul(e)     En couple     En famille     Veuf (ve)

Enfant(s) :     vivant à proximité    Aidant principal :

Est-ce que des personnes vivent au domicile ?  OUI  NON    Si oui, qui ?

Habitat :  Locataire  Propriétaire  Hébergé en famille  Résidence autonomie  Autre :

Ressources mensuelles :    €    Ne sait pas

Si retraité(e) : Caisse de retraite principale :

Caisse(s) complémentaire(s) :

**APA :**  OUI  NON    **MDPH :**  OUI  NON    **Mutuelle :**  OUI  NON

**Mesure de protection :**  OUI  NON    Si oui, coordonnées du mandataire judiciaire:

A t'il été contacté pour les difficultés rencontrées ?     OUI  NON