**FICHE DE RECUEIL DE LA DEMANDE**

Vous pouvez adresser cette demande par mail à l’adresse : contact@dac12.fr

*(Dans le cadre du RGPD, si cette fiche contient des données patient, merci de privilégier l’envoi sécurisé via Médimail)*

Ou par voie postale à l’adresse : DAC 12 – 846 boulevard des Tamaris – 12850 Onêt le Château

Date de la demande :

**1 - LE PROFESSIONNEL DEMANDEUR**

Nom / Prénom :

Structure / type de professionnel :

Téléphone :

Mail :

Adresse :

*Interlocuteur à contacter en l’absence du demandeur :*

*Nom / Prénom : Téléphone :*

**2 - MOTIF DE LA DEMANDE**

* *Quelles sont les attentes du demandeur ? / Que peut-on faire pour vous ?*
* *Souhaits/attentes de la personne ?*
* *Demander des comptes rendus ou synthèse de la situation.*
* *Est-ce qu’il est connu sur SPICO ?*

**3- CONSENTEMENT**

**LA PERSONNE ET OU LE REPRESENTANT LEGAL EST IL INFORME DE LA DEMANDE ?**

[ ]  **OUI** [ ]  **NON**

Préciser si représentant légal :

Nom/Prénom :

Structure :

Coordonnées :

**Si non pourquoi ?**

**LA PERSONNE CONSENT ELLE AU PARTAGE D’INFORMATION ?**

[ ]  **OUI** [ ]  **NON**

**Si non, pourquoi ? (Pas en capacité d’exprimer ou autre)**

**LE MEDECIN TRAITANT EST IL INFORME DE LA DEMANDE ?**

[ ]  **OUI** [ ]  **NON**

**Si non, pourquoi ?**

**4- QUELLES PROBLEMATIQUES ?**

* *Social (rechercher la notion de vulnérabilité) :*
* *Médical (Symptômes d’inconfort, problématique aigue, etc.) :*
* *Pathologie (diagnostiquée ou non) :*
* *Douleur, Fin de vie, Autre :*
* *Quel changement dans la situation pourrait entrainer une rupture du parcours ? (Changement imminent de lieu de vie, Sortie d’hospitalisation, départ de l’aidant unique, Date ? etc.)*

**5-IDENTITE DE LA PERSONNE CONCERNEE**

Nom / Prénom :

Nom de naissance :

Adresse :

Date de naissance :

Commune de naissance (si connue) :

Coordonnées téléphonique et mail :

Numéro de sécurité sociale :

* **PERSONNE RESSOURCE :**

Nom / prénom :

Coordonnées :

Nature du lien (famille, voisin, ami…) :

* **LIEU DE VIE LORS DE LA DEMANDE :**

Domicile : [ ] Seule [ ]  Avec entourage non aidant [ ] Avec entourage

 [ ] En établissement médico-social, préciser :

* Si en cours d’hospitalisation lors de la sollicitation (ets sanitaire), préciser :

Date de sortie :

**6-PROFESSIONNELS INTERVENANTS** *Quels sont les professionnels intervenant sur la situation ? (Ex : travailleur social, SAAD, paramédicaux, spécialistes, etc)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type de professionnel | Nom/Prénom | Fréquence d’intervention si connue | Coordonnées |
| Médecin Traitant |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**7-AIDES EXISTANTES**

*Technique, financières….*

**8-PROPOSITION / REPONSE (cadre réservé au DAC)**

**Information :**

**Orientation externe :**

**Orientation interne :**

[ ] Régulateur : sans délai

[ ] Coordonnateurs de parcours : revue de sollicitations

[ ] Equipe Soins Palliatifs : sans délai si critère d’urgence ou revue de sollicitations