



# FICHE D'ORIENTATION VERS LE DAC des DEUX-SÈVRES



Le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) des Deux-Sèvres apporte un soutien opérationnel à tous les professionnels de santé, du social et du médico-social pour le suivi des parcours de santé complexes au domicile (perte d'autonomie et/ou maladies chroniques). Ces situations instables nécessitent un accompagnement individualisé, global et coordonné.

<b>Date de la demande :</b> __ / __ / ____ Professionnel qui remplit la fiche : ..... Structure/Service : ..... ☎ : ... / ... / ... / ... Courriel : .....		<p><i>« Il est indispensable que la personne soit informée de la demande d'appui DAC. Dans la mesure du possible, le consentement est recherché. La personne est informée que les informations recueillies nécessaires à la gestion du dossier pourront faire l'objet d'un traitement informatique »</i></p> <p><b>La personne :</b></p> <input type="checkbox"/> est informée de la demande <input type="checkbox"/> a donné son consentement <input type="checkbox"/> n'est pas en capacité de donner son consentement <input type="checkbox"/> refuse de donner son consentement
<b>PERSONNE CONCERNEE</b>		
<b>Nom, Prénom(s) :</b> ..... <b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H <b>Nom de naissance :</b> ..... <b>Date de naissance :</b> __ / __ / ____ <b>Département de naissance :</b> ..... <b>Ville de naissance :</b> ..... <b>Numéro de sécurité sociale :</b> _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ <b>Adresse :</b> ..... ☎ : ... / ... / ... / ... Portable : ..... / ..... / ..... / ..... Courriel : .....		
La demande concerne le couple : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _ Si oui, compléter l'identité du conjoint ci-dessous :		
<b>Nom, Prénom(s) :</b> ..... <b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <b>Nom de naissance :</b> ..... <b>Date de naissance :</b> __ / __ / ____		
<b>MOTIF(S) DE LA DEMANDE</b>		
<input type="checkbox"/> Rupture du parcours <input type="checkbox"/> Perte d'autonomie <input type="checkbox"/> Besoin d'accompagnement social	<input type="checkbox"/> Refus de soins <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Vulnérabilité, suspicion de violence, maltraitance	<input type="checkbox"/> Hospitalisations répétées et/ou sortie avec critères de fragilités <input type="checkbox"/> Epuisement des aidants <input type="checkbox"/> Logement inadapté
<b>DESCRIPTION DE LA DEMANDE D'APPUI</b> (difficultés rencontrées, besoins, attentes, questionnements)		

INFORMATION DE LA PERSONNE CONCERNÉE (renseignements obligatoires)	MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE
<b>Situation familiale :</b> <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> divorcé(e) Nombre d'enfants : ..... <b>Entourage :</b> La personne vit elle seule ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Y-a-t-il des proches à proximité ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <b>Médecin traitant :</b> ..... ☎ : ..... / ..... / ..... / ..... / .....	<b>Mesure de protection juridique :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours Type de mesure : ..... Réfèrent de la mesure : ..... ☎ : ..... / ..... / ..... / ..... / .....
	<b>COUVERTURE SOCIALE / DROITS OUVERTS</b> Caisse de sécurité sociale : ..... Caisse(s) de retraite : ..... ALD : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non APA : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non MDPH : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

PERSONNES A CONTACTER			
Nom-Prénom	Lien	Adresse	Téléphone - Courriel

INTERVENANTS PROFESSIONNELS			
Services	Nom - Téléphone	Professionnels	Nom - Téléphone
<input type="checkbox"/> SAAD		<input type="checkbox"/> Infirmier libéral	
<input type="checkbox"/> Emploi privé		<input type="checkbox"/> Médecin spécialiste	
<input type="checkbox"/> SSIAD		<input type="checkbox"/> Paramédicaux (kiné, ortho...)	
<input type="checkbox"/> HAD		<input type="checkbox"/> CMP / Psychologue-psychiatre	
<input type="checkbox"/> Portage de repas		<input type="checkbox"/> ESA	
<input type="checkbox"/> Accueil de jour		<input type="checkbox"/> Autre(s)	

### CRITÈRES REMETTANT EN CAUSE LE MAINTIEN A DOMICILE

#### AUTONOMIE FONCTIONNELLE

<input type="checkbox"/> Difficulté dans les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, mobilité, ...)	<input type="checkbox"/> Difficulté dans les activités domestiques (ménage, courses, préparation des repas, gestion des médicaments, ...)
---	---

#### AUTONOMIE DÉCISIONNELLE

<input type="checkbox"/> Troubles du jugement/compréhension	<input type="checkbox"/> Altération/déficit intellectuel
<input type="checkbox"/> Risque de mise en danger	<input type="checkbox"/> Emprise/influence psychologique d'un tiers

#### SANTÉ

<input type="checkbox"/> Absence ou difficulté de suivi médical	<input type="checkbox"/> Hospitalisations récurrentes
<input type="checkbox"/> Troubles cognitifs (diagnostiqués ou non)	<input type="checkbox"/> Chutes fréquentes
<input type="checkbox"/> Troubles du comportement	<input type="checkbox"/> Trouble de la nutrition / perte de poids
<input type="checkbox"/> Trouble(s) psychiatrique(s)	<input type="checkbox"/> Conduite(s) addictive(s)

#### AIDES ET SOINS AU DOMICILE

<input type="checkbox"/> Refus d'aide et/ou de soins par la personne	<input type="checkbox"/> Absence et/ou discontinuité des aides
	<input type="checkbox"/> Aides et/ou soins inadaptés

#### ENVIRONNEMENT

<input type="checkbox"/> Absence d'aides techniques ou aides techniques inadaptés (lit médicalisé, cannes, fauteuil roulant, ...)	<input type="checkbox"/> Téléassistance
<input type="checkbox"/> Grande précarité	<input type="checkbox"/> Difficulté avec le bailleur / perte de logement

**CETTE DEMANDE SERA PRESENTEE ET ETUDIEE EN COMMISSION INTERNE.  
UNE REPONSE VOUS SERA APPORTEE DANS LES MEILLEURS DELAIS.**

Ce formulaire est à envoyer par courriel à :

<b>NORD Deux-Sèvres</b> Antenne de Bressuire / Parthenay / Thouars : ☎ contact.nord@dac-79.fr / ☎ 05.49.65.09.10	<b>SUD Deux-Sèvres</b> ☎ contact.sud@dac-79.fr ☎ 05.49.33.55.13 ou 05.49.29.79.79
--	---