



FICHE DE DEMANDE D'ACCUEIL HT-SH HEBERGEMENT TEMPORAIRE en SORTIE D'HOSPITALISATION

A transmettre par mail à : orientation@dac-24.fr ou dac24.dordogne@na.mssante.fr
(si ET SEULEMENT SI vous possédez une boîte sécurisée MSS)

Date de la demande :/...../.....

DEMANDEUR

NOM/Prénom du demandeur :

Fonction : Structure :

Adresse :

Téléphone : Mail :

PERSONNE A ACCUEILLIR

NOM/Prénom : Date de naissance :/...../.....

Adresse : Commune :

REFERENT FAMILIAL / AMICAL (NOM, LIEN, COORDONNEES) :

MESURE DE PROTECTION : OUI NON Représentant légal (tuteur, mandataire) NOM / TEL :

CONSENTEMENT RECUEILLI : OUI NON PAR QUI :

Toute demande fera l'objet d'un contact systématique avec le médecin traitant :

Nom : Prénom :

Commune : Tél :

Mail :

ADMISSION EN ACCUEIL D'URGENCE

Cette possibilité d'accueil, d'une **durée maximale de 15 jours, renouvelable 1 fois**, s'adresse aux personnes qui se trouvent dans l'incapacité, du fait de leur dépendance physique et/ou psychique, de leur vulnérabilité, de rester à leur domicile, de manière transitoire ou pérenne.

⇒ Il s'agit exclusivement de situations d'urgence médico-sociale qui nécessitent une réponse immédiate car il existe un risque de mise en danger de la personne et/ou d'autrui.

⇒ Pour être admise, la personne doit impérativement répondre aux critères ci-dessous (cochez les critères présents).

⇒ Toutes les demandes doivent être adressées à la PTA24 à l'aide de ce formulaire exclusivement.

1/ CRITERE D'AGE

☐ Personne âgée de 60 ans et plus

2/ CRITERE GEOGRAPHIQUE

☐ Personne résidant en Dordogne

3/ CRITERE DE SANTE

☐ Personne dont la ou les pathologies sont stabilisées

4/ CRITERE D'URGENCE MEDICO-SOCIALE

☐ Défaillance brutale de l'aidant principal à domicile

O Hospitalisation

O Abandon de domicile

O Décès

O Dégradation brutale de l'état de santé

O Autres.....

☐ Suspicion de maltraitance à domicile

☐ Relogement nécessaire

O Arrêté d'insalubrité

O Destruction partielle ou totale du domicile

O Expulsion

O Conditions climatiques extrêmes

O Autres.....

INFORMATIONS CONNUES SUR L'ETAT DE SANTE DE LA PERSONNE :

MOBILITE / TRANSFERT / TOILETTE /HABILLAGE	
ALIMENTATION / HYDRATATION / ELIMINATION	
TROUBLES DU COMPORTEMENT / DESORIENTATION / ORIENTATION DANS LE TEMPS / RISQUE DE FUGUE	
AIDES TECHNIQUES / MATERIEL	
SOINS TECHNIQUES	
DOULEURS	

INTERVENANTS DU DOMICILE

NOM :	ACTIVITES :	TEL :
NOM :	ACTIVITES :	TEL :
NOM :	ACTIVITES :	TEL :
NOM :	ACTIVITES :	TEL :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES RELATIVES A L'AUTONOMIE DE LA PERSONNE :

.....
.....
.....

Cette fiche **doit être accompagnée** des documents suivants : ☐ Pièce d'identité ☐ Dernière ordonnance
☐ Traitements (pour 3 jours) ☐ Carte vitale ☐ Mutuelle ☐ Compte-rendu d'hospitalisation

Informations données au patient et/ou sa famille : ☐ Reste à charge (20€) ☐ Durée et conditions du séjour

Cadre réservé DAC24 / EHPAD

NOM ET COORDONNEES (mail / téléphone) DU COORDINATEUR DE PARCOURS REFERENT HTU DE LA SITUATION :

.....
.....

DATE ENTREE / SORTIE :

ENTREE LE :HEURE :ECHEANCE DE L'HEBERGEMENT :

CHECK LISTE D'ENTREE :

- ☐ PAPIER IDENTITE
- ☐ CARTE VITALE
- ☐ ORDONNANCE EN COURS
- ☐ PILULIER/TRAITEMENT (3 JOURS)
- ☐ EFFETS PERSONNELS

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

.....
.....
.....
.....