



DEMANDE DE COORDINATION DAC 24

A l'attention des professionnels

A envoyer par email à dac24.dordogne@na.mssante.fr (si ET SEULEMENT SI vous possédez une boîte sécurisée MSS) sinon à défaut orientation@dac-24.fr (non sécurisée)

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

Pour un accompagnement DAC la personne (ou à défaut l'entourage ou le mandataire) doit être informée de l'orientation DAC
La personne est-elle informée de la demande DAC 24 : ☐ oui ☐ non

IDENTITE DEMANDEUR :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Structure :

Tél :

Courriel :

IDENTITE DE LA PERSONNE :

Nom, prénom utilisé :

Nom, prénom de naissance :

VILLE et PAYS de naissance :

Date de naissance, âge :

Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse :

Tél :

MOTIF DE LA DEMANDE : (refus des aides et des soins par la personne et/ou l'entourage, épuisement des aidants, aides insuffisantes ou inadaptées, retour à domicile complexe, évènement de rupture, mise en danger, situation de maltraitance...)

Si hospitalisation : **Date et motif de l'hospitalisation :**

SITUATION FAMILIALE : ☐ marié(e) ☐ vie maritale ☐ PACS ☐ divorcé (e) ☐ célibataire ☐ veuf(ve) Nombre d'enfants :

SITUATION PROFESSIONNELLE : ☐ sans ☐ minimas sociaux ☐ salarié ☐ indépendant ☐ retraité ☐ situation de handicap
☐ invalidité ☐ scolarisé

DROITS SANTE : Organisme de Sécurité Sociale :

Mutuelle :

CSS :

ALD :

PRESTATIONS DU MAINTIEN A DOMICILE : ☐ PCH ☐ ACTP ☐ MTP ☐ APA ☐ ARDH ☐ AUTRE

Détails : Heures :

Date :

MODE DE VIE : ☐ Seul ☐ hébergé ☐ en couple ☐ Famille d'accueil ☐ Etablissement Médico Social

AIDANTS – PROCHES - RÉFÉRENT

NOM / PRENOM	LIEN AVEC LA PERSONNE	COORDONNÉES

Médecin traitant :

Tel :

INTERVENANTS PROFESSIONNELS

NOM	COORDONNEES	PLANNING DES INTERVENTIONS Jours et Heures

CRITERES REMETTANT EN CAUSE LE SOUTIEN A DOMICILE	
DIFFICULTES DE SANTE : ☐ Refus de soins ☐ Absence et/ou discontinuité des soins ☐ Difficultés d'accès aux soins ☐ Maladie chroniques ou évolutives ☐ Troubles cognitifs (diagnostiqués ou non) ☐ Troubles psychiques ☐ Troubles du comportement ☐ Troubles physiques ☐ Situation de handicap ☐ Troubles nutritionnels/perde de poids ☐ Conduites addictives ☐ Troubles sensoriels non traités ☐ Sentiment de solitude ☐ Hospitalisations à répétition ☐ Chutes fréquentes	PRECISIONS
DIFFICULTES D'AUTONOMIE FONCTIONNELLE : ☐ Actes Essentiels (se nourrir, se laver, se vêtir, éliminer) ☐ Activités du quotidien (courses, préparation repas, ménage, linge, gestion du budget, gestion admin, loisirs...) ☐ Mobilité (transferts, marche)	PRECISIONS
DIFFICULTES D'AUTONOMIE DECISIONNELLE : ☐ Troubles du jugement/compréhension ☐ Altération/déficience intellectuelle	PRECISIONS
AIDES ET SOINS : ☐ Refus d'aides et/ou de soins ☐ Absence et/ou discontinuité des soins ☐ Aides et/ou soins inadaptés ☐ Difficultés d'accès aux soins ou d'aides ☐ Mise en échec des professionnels (épuisement, impuissance, conflits...)	PRECISIONS
ENTOURAGE : ☐ Personne isolée/absence de famille ☐ Epuisement ou défaillance des aidants ☐ Projet de vie non partagé avec l'entourage ☐ Conflits avec l'entourage	PRECISIONS
ENVIRONNEMENT (familial, social, géographique, habitat)	

Précisions si difficultés avec Aidants – Proches – Intervenants :
 (Arrêt de la prise en charge/mise en échec des professionnels/sentiment d'épuisement/conflit...).

MESURE DE PROTECTION : ☐ oui type :

☐ non
 ☐ en cours depuis le :