

Date de la demande :

Ce formulaire doit être envoyé par mail :

Soit à : assistante1@dacsudmanche.fr (depuis une adresse mail classique)

____/____/____

Soit à : dacsudmanche@normandie.mssante.fr (depuis une adresse mail sécurisée) *à privilégier*

Légende : **En rouge *** : Informations obligatoires

Sur fond bleu : Données administratives / **Sur fond vert** : Données médicales et paramédicales / **Sur fond jaune** : Identification des besoins d'appui

*** La personne est-elle informée de la demande :** **OUI** **NON**

*** La personne accepte-t-elle que sa situation soit évoquée avec d'autres professionnels :** **OUI** **NON**

Le DAC s'assurera du consentement de la personne tout au long de son accompagnement

*** Émetteur de la demande :**

* Organisme : _____

* Nom Prénom : _____

* Fonction : _____

* Téléphone : _____

* Mail générique : _____ Mail sécurisé : _____

Personne concernée :

* NOM (d'épouse) : _____

* NOM de naissance : _____

* Prénom : _____

* Date de naissance : ____/____/____ Age : ____ N° Sécurité sociale : _____

Sexe : _____

* Adresse : _____

CP et commune : _____

* Téléphone : _____

Mail : _____

* Représentant légal si la personne concernée est mineure : _____

Situation familiale célibataire vie maritale marié(e) divorcé(e) veuf(ve)

Enfants : _____

Personnes ressources/aidants (nom prénom, nature du lien, coordonnées) : _____

Activité professionnelle : oui non ne sais pas Retraité(e)

Métier exercé : _____

Quotité de travail : _____

* **Protection juridique :** oui non demande en cours ne sais pas

Si oui type de mesure : _____

Coordonnées du mandataire : _____

Si demande en cours, personne à l'origine de la demande : _____

Prestations financières : oui non Ne sais pas

Si oui : APA ? PCH ? AAH ? AEEH ? RSA ? etc.... À préciser « attribuer » ou « en cours » : _____

Caisse de retraite principale : _____ Caisse de sécurité sociale : _____

Mutuelle : _____

Cercle de soins paramédical et intervenants sociaux :

Professionnels :	Nom / Prénom	Tél / Mail	Modalité d'intervention (Nature/fréquence etc.)
Cabinet infirmier Libéral			
Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)			
Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)			
Travailleurs sociaux			
Autres			

Cercle de soins médical :

* Médecin traitant : _____

* Le médecin traitant est-il informé de la demande : oui non

Suivi spécialiste : _____

Absence suivi médical : oui non

Motif : _____

Directives anticipées : _____

Mon espace santé activé : oui non

Évaluation des facteurs de risques : Diminution morbi mortalité.

(Si nécessaire, vous pouvez nous communiquer tout document utile à cette évaluation.)

<p>ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX</p> <p>Cardio-vasculaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - AVC - Infarctus - Artérite <p>Diabète</p> <p>Cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colon - Sein - Prostate <p>Autres</p>	<p>Préconisations</p> <p>1 Cs cardio 1x/an</p> <p>+/-</p> <p>Doppler, épreuve d'effort</p> <p>Gly 1x/an</p> <p>Colo tous les 5 ans</p> <p>Mammo tous les 2 ans</p> <p>PSA 1x/an</p>	<p>DÉPISTAGE INDIVIDUEL</p> <p>Frottis</p> <p>Mammographie</p> <p>Vaccin</p> <p>Hemocult</p> <p>Autres</p> <p>Préconisations</p> <p>Tous les 5 ans à partir de 30 ans</p> <p>≥ 50 ans tous les 2 ans sauf si suivi colo</p>
<p>ENVIRONNEMENTAUX OU TOXIQUES</p> <p>Tabac</p> <p>Drogue</p> <p>Alcool</p> <p>Amiante</p> <p>Toxiques Professionnels</p> <p>Autres</p>	<p>Préconisations</p> <p>Cs addicto</p> <p>E.F.R*</p> <p>Scanner Pulm**</p> <p>Examens spécifiques***</p>	<p>PATHOLOGIE CHRONIQUES OU ÉVOLUTIVES</p> <p>Cardio-vasculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hypertension - Coronaropathie - Insuffisance cardiaque - Valvulopathie - Anévrisme, AVC, autres... <p>Diabète</p> <p>Insuffisance rénale</p> <p>Pathologie digestive</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hépatopathie - Polypes - Rectocolite hémorragique - Maladie de Crohn <p>Insuffisance respiratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asthme - BPCO <p>Cancérologie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mélanome - Cancer <p>Autres</p>

*** Pourriez-vous décrire la situation ?**

*** Que souhaitez-vous comme type d'appui ? (cf Guide des différents types d'appuis page 4).**

1. Problématique de santé et organisation du parcours de soins

Organisation du suivi

Traitements (médicamenteux ou non médicamenteux)

Soins

2. Acte de la vie quotidienne

Mobilité

Gestion des tâches domestiques

Soins d'hygiène et habillage

Alimentation-hydratation-nutrition

Communication

3. Accès aux droits / scolarité, emploi et formation

Contexte financier et/ou administratif et accès aux droits

Scolarité, emploi et formation

4. Lieu de vie / Habitat

Adaptation et sécurité du domicile

Accompagner l'installation de la personne vers un hébergement adéquat

5. Environnement familial / social et relationnel

Valeurs, croyances et spiritualité, culture, loisirs et sport

Sécurité et bien être (de la personne et de ses biens)

Environnement familial, social et affectif

Pourriez-vous retranscrire les souhaits de la personne ?

Cadre réservé au DAC :

Date de réception de la demande : ____/____/____

Date d'examen de la demande : ____/____/____

Réponse à l'émetteur le : ____/____/____

GUIDE DES DIFFÉRENTS TYPES D'APPUIS

<p>1. PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ ET ORGANISATION DU PARCOURS DE SOIN</p> <p>1- Organisation du suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser l'accès aux soins - Favoriser l'accès et le suivi de soins spécialisés - Favoriser la continuité du parcours ville-hôpital - Favoriser un accompagnement adapté et collaboratif autour de la personne - Aider à l'organisation du parcours de soins <p>2- Traitements (médicamenteux et non médicamenteux)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eviter ou limiter la iatrogénie - Favoriser l'observance des traitements médicamenteux ou non médicamenteux sans risque iatrogénique - Sécuriser l'automédication et/ou la prise à risque avec le médecin traitant <p>3- Soins</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer, surveiller et soulager la douleur et les symptômes d'inconfort - Mieux connaître et vivre avec sa maladie - Favoriser l'accès à des actions de prévention primaire - Prévenir et favoriser la prise en charge des conduites addictives - Favoriser un accompagnement adapté à la fin de vie - Surveiller l'état de la personne et alerter en cas d'aggravation 	<p>2. ACTE DE LA VIE QUOTIDIENNE</p> <p>1- Mobilité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévenir les risques de chutes - Favoriser les déplacements intérieurs adaptés et sécurisés - Favoriser les déplacements extérieurs adaptés et sécurisés <p>2- Gestion des tâches domestiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maintenir ou améliorer l'autonomie motrice et fonctionnelle - Compenser la perte d'autonomie ou maintenir l'autonomie dans la réalisation des tâches domestiques <p>3- Soin d'hygiène et habillement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maintenir ou améliorer l'hygiène corporelle - Préserver ou améliorer l'intégrité cutanée - Maintenir la continence urinaire et fécale / compenser l'incontinence - Favoriser un habillement adapté - Assurer les bons soins d'hygiène, de confort et d'intégrité de la peau <p>4- Alimentation nutrition hydratation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maintenir une alimentation adaptée / Améliorer l'alimentation - Maintenir une hydratation adaptée / Améliorer l'hydratation - Favoriser l'observance des régimes alimentaires <p>5 – Communication</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adapter les moyens de communication - Favoriser le lien social - Accompagner vers une décision éclairée de la personne ou de son entourage 	<p>3. ACCÈS AUX DROITS / SCOLARITÉ / EMPLOI / FORMATION</p> <p>1- Contexte financier et/ou administratif et accès aux droits</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accompagner la gestion administrative et/ou financière - Accompagner et favoriser l'accès aux droits <p>2- Scolarité, emploi et formation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permettre l'accès à l'emploi / favoriser l'accès à un emploi adapté - Permettre l'accès à la scolarité / favoriser l'accès à une scolarité adaptée <p>4. LIEU DE VIE / HABITAT</p> <p>1- Lieu de vie habitat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adapter et sécuriser le domicile de la personne (intérieur et/ou extérieur) - Accompagner l'installation de la personne vers un hébergement adéquat <p>5. ENVIRONNEMENT FAMILIAL / SOCIAL ET RELATIONNEL</p> <p>1- Valeurs, croyances et spiritualité, Culture ? loisirs et sports</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser le bien être psychique - Favoriser l'accès à des activités culturelles et/ou spirituelles (matériel, financier, humain) - Favoriser l'accès à des activités de loisirs (matériel, financier, humain) <p>2- Sécurité et bien-être (de la personne et de ses biens)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protéger la personne et ses biens (capacité à pourvoir seul à ses intérêts) <p>3- Environnement familial, social ou affectif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser le lien social - Soutenir les aidants / prévenir le risque d'épuisement - Favoriser le lien parent-enfant - Favoriser le lien bien-être psychique - Favoriser le lien intra-familial - Favoriser l'accès à la sexualité
--	--	--

Légende (vue globale) :

DOMAINE

1- Problème

- Objectif