

# Demande d'appui dans le parcours de santé

Le dispositif d'appui à la coordination aide les professionnels dans leurs missions. Il favorise l'organisation d'un parcours de santé adapté au patient, avec l'ensemble des intervenants (professionnels et aidants).

Date de la demande

-----

Dans la mesure du possible, merci d'utiliser la messagerie sécurisée MonSisra, contactez nous à "DAC LOIRE"

## Professionnel Demandeur

Nom Prénom : ----- Mail : -----

Structure/Fonction : -----

Adresse : -----

Tél fixe + portable : -----

Le médecin traitant est informé de la demande :  Oui  Non

## Identité de la personne

Nom usuel : ----- Prénom : ----- Sexe :  M  F

Nom naissance : ----- Date naissance : ----- Lieu naissance : -----

Adresse du domicile : -----

Tél fixe + portable : ----- Mail : -----

Responsable légal (coordonnées complètes) : -----

## Consentement

La personne :

est informée de votre demande  Oui  Non

accepte que nous la contactions  Oui  Non

est en capacité de consentir  Oui  Non

## Situation familiale

Vit seul(e) : -----

Ne vit pas seul(e) : -----

Nombre d'enfant : -----

Environnement familial impliqué :  Oui  Non

**Référent familial/amical :**

Nom Prénom : -----

Tél fixe + portable : -----

Mail : -----

Lien : -----

## Intervenants connus

Nom Prénom Tél

Médecin traitant : -----

Médecin spécialiste : -----

Infirmier : -----

Pharmacien : -----

Kinésithérapeute : -----

Aide à domicile : -----

Autres : -----

## Lieu de vie actuel du patient

Domicile  Hébergé chez : ----- Adresse : -----

Etablissement social ou médico-social ] Date de retour envisagé : -----

Etablissement de santé

## Nom et contact du référent social

APA : .....

MDPH : .....

Mesure de protection : .....

Autre : .....

Oui  Non  Demande en cours

Oui  Non  Demande en cours

Oui  Non  Demande en cours

## Situation du patient

### Problématiques de santé

Pathologies : .....

.....

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aggravation récente         | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs           |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisations itératives | <input type="checkbox"/> Rupture de soins           |
| <input type="checkbox"/> ALD                         | <input type="checkbox"/> Incurie                    |
| <input type="checkbox"/> Douleurs/inconforts         | <input type="checkbox"/> Inobservance thérapeutique |

### Problématiques contextuelles

- Absence/insuffisance de soignants disponibles
- Acteurs faisant obstacle au projet de soins
- Epuisement des acteurs
- Manque de coordination entre les acteurs
- Aides insuffisantes

### Problématiques liées aux actes de la vie quotidienne

- Gestion des tâches domestiques
- Gestion des soins d'hygiène et habillage
- Gestion alimentation/nutrition/hydratation
- Communication
- Mobilité

### Problématiques liées au lieu de vie

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Logement nécessitant des adaptations/aménagements | <input type="checkbox"/> Changement de lieu de vie à envisager |
| <input type="checkbox"/> Logement insalubre                                |  |

### Problématiques liées au contexte social/scolaire/professionnel

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Difficulté financière et/ou administrative | <input type="checkbox"/> Impact scolaire/pro lié à la pathologie |
| <input type="checkbox"/> Problème d'accès aux droits                | <input type="checkbox"/> Environnement familial défaillant       |

## Sollicitation

En tant que demandeur, j'ai besoin d'un appui pour :

- Mieux connaître la situation du patient
- Prévenir les difficultés du maintien et de la vie à domicile
- Favoriser l'accès aux soins du patients
- Faciliter les aides pour le patient (humaines, sociales, matérielles)
- Etre en appui à l'organisation du retour à domicile
- Consolider le retour à domicile
- Améliorer la coordination des acteurs autour du projet de santé du patient
- Agir en médiation
- Venir en soutien aux aidants
- Autres :

## Autres commentaires

.....

.....

**DAC LOIRE** - Dispositif d'Appui à la Coordination

Organisme de formation : déclaration d'activité enregistrée sous le n° 84 42 02990 42 auprès de la préfecture Auvergne-Rhône-Alpes.

SECTEUR :

42100 SAINT-ETIENNE : 31 rue Berthelot - Tél. 04 77 57 13 39 - Fax 04 77 41 67 49 - ✉ [accueil@dacloire.org](mailto:accueil@dacloire.org)

42153 RIORGES : 141 rue du 8 Mai 1945 - Tél. 04 77 72 18 51 - fax 04 77 60 49 65 - ✉ [accueil1@dacloire.org](mailto:accueil1@dacloire.org)

42600 CHAMPDIEU : 72 rue Begonnet Biron - 04 77 97 73 10 - Fax 04 77 60 49 65 - ✉ [accueil2@dacloire.org](mailto:accueil2@dacloire.org)