



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).

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

Date de la demande : _____ 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 : _____

Le patient se trouve actuellement à son domicile : ☐ Oui ☐ Non

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 : _____

Si le patient ne se trouve pas à son domicile

☐ Hébergé chez : _____

☐ Etablissement social ou médico-social

☐ Etablissement de santé

Adresse : _____

Date de retour envisagé : _____

Vigilance en cas de visite à domicile

☐ Présence d'animaux

☐ Réseau téléphonique défaillant

☐ Isolement géographique

☐ Présence d'armes

☐ Comportement patient/entourage inadapté connu

☐ Environnement insécure

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 :

.....

- | | |
|--|---|
| ☐ Aggravation récente | ☐ Soins palliatifs |
| ☐ Hospitalisations itératives | ☐ Rupture de soins |
| ☐ ALD | ☐ Incurie |
| ☐ Douleurs/inconforts | ☐ Inobservance thérapeutique |

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 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 au lieu de vie

- | | |
|--|--|
| ☐ Logement nécessitant des adaptations/aménagements | ☐ Changement de lieu de vie à envisager |
| ☐ Logement insalubre | |

Problématiques liées au contexte social/scolaire/professionnel

- | | |
|---|--|
| ☐ Difficulté financière et/ou administrative | ☐ Impact scolaire/pro lié à la pathologie |
| ☐ Problème d'accès aux droits | ☐ 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
42153 RIORGES : 141 rue du 8 Mai 1945 - Tél. 04 77 72 18 51 - fax 04 77 60 49 65 - ✉ accueil1@dacloire.org
42600 CHAMPDIEU : 72 rue Begonnet Biron - 04 77 97 73 10 - Fax 04 77 60 49 65 - ✉ accueil2@dacloire.org