DISPOSITIF d'APPUI à la COORDINATION Saône-et-Loire

DEMANDE D'APPUI - SITUATION DE SANTE COMPLEXE[1]

Complexité ressentie par le demandeur quel que soit l'âge, la pathologie ou le handicap de la personne concernée

"La personne concernée, ou son représentant légal, est informée du recours au Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) afin qu'elle puisse exercer son droit d'opposition." (décret n° 2021-295 du 18 mars 2021). ***"Les professionnels qui sollicitent le DAC sont les mieux indiqués pour assurer cette information."*** (Cadre National d'Orientation des DAC, novembre 2020)

LA PERSONNE (ou représentant légal) A ETE INFORMEE PAR LE DEMANDEUR DU RECOURS AU DAC Oui ☐ Non☐

Remarque : .....

LA DEMANDE

DATE : _____ Par Téléphone ☐ Messagerie (MS Santé/autres) ☐ Courrier ☐ En main propre ☐

OBJECTIF DE LA DEMANDE .....

.....

LE DEMANDEUR

NOM / Prénom ..... LIEN AVEC LA PERSONNE .....

(*Si professionnel*) STRUCTURE/SERVICE ET LIEU D'EXERCICE .....

MAIL PROFESSIONNEL SÉCURISÉ .....

PRÉFÉRENCE POUR ME JOINDRE (horaire/jour) : .....

TÉL FIXE ..... TÉL MOBILE ..... MAIL .....

LA PERSONNE CONCERNÉE

NOM / Prénom ..... NOM DE JEUNE FILLE .....

DATE DE NAISSANCE ..... LIEU DE NAISSANCE .....

ADRESSE COMPLETE .....

N° DE SECURITE SOCIALE .....

TÉL FIXE ..... TÉL MOBILE ..... MAIL .....

AUTRE PERSONNE A CONTACTER

NOM / Prénom ..... LIEN AVEC LA PERSONNE .....

TÉL FIXE ..... TÉL MOBILE ..... MAIL .....

LES RÉFÉRENTS PROFESSIONNELS

MÉDECIN TRAITANT (si différent du demandeur)

NOM / Prénom ..... TÉL .....

Le médecin traitant a été informé de cette demande d'appui OUI ☐ NON ☐

---

[1] *Situation de santé complexe : présence simultanée de facteurs médicaux et de facteurs psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques pouvant perturber ou remettre en cause l'accompagnement adéquat de la personne, voire aggraver son état de santé*

Professionnel	Nom / prénom / Coordonnées	Fréquence / type d'intervention
Infirmier·e à domicile		
SSIAD Service de soin Infirmier à dom.		
SAAD Service d'Aide et d'Accomp. à Dom		
Médecin spécialiste		
Pharmacien.ne		
Masseur-Kinésithérapeute		
Mesure de protection O ☐ N ☐		
Service social		
Autre :		

CONTEXTE DE LA DEMANDE

☐ **PROBLEMATIQUE DE SOINS** (*pathologie, troubles du comportement, troubles psychiques, cognitifs…*) :

.....

.....

☐ **DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS** (*refus des aides par la personne concernée, refus/arrêt des professionnels, difficulté de coordination des intervenants…*) :

.....

.....

☐ **BESOIN D'AIDE ESSENTIELLE A LA VIE QUOTIDIENNE** (*prise de traitement, hygiène, élimination, préparation du repas, mobilité…*) :

.....

.....

☐ **PROBLEMATIQUE D'ISOLEMENT SOCIAL** (*absence d'entourage, épuisement ou éloignement des aidants…*) :

.....

.....

☐ **DIFFICULTES ADMINISTRATIVES ET/OU FINANCIERES** :

.....

.....

Quelle équipe locale DAC 71 contacter en fonction du lieu d'habitation de la personne concernée ?

EQUIPE LOCALE

AUTUN 03 85 52 66 89 / **CHALON** 03 58 09 00 35 / **LE CREUSOT** 03 85 55 95 88 / **LOUHANS** 03 85 60 30 20

MACON 03 85 27 53 40 / **MONTCEAU** 03 85 67 64 03 / **PARAY** 03 85 24 32 64 / **TOURNUS** 03 85 51 35 78

MAIL : ville@pta71.fr (ex : lecreusot@pta71.fr, montceau@pta71.fr) / **MSSANTE :** dac71.ville@pta71.mssante.fr

OU STANDARD DEPARTEMENTAL

DAC 71 - 03 58 09 00 34 **-** contact@pta71.fr - dac71@pta71.mssante.fr

NE PAS RENSEIGNER - RESERVE AU DAC 71 FICHE RECEPTIONNEE LE : __ __ _____

Niv 1 ☐ Information/ Conseil ☐Orientation vers : ..... le :__ __ ____

Niv.2 ☐ Accompagnement / appui à la coordination Référent·e·s DAC **:** .....