

Formulaire de DEMANDE D'APPUI DAC Caux Bray Albâtre

DATE DE LA DEMANDE _____

DEMANDE URGENTE ? OUI NON



DEMANDEUR

Nom : _____

Prénom : _____

Patient
Entourage
Professionnel

Structure : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____



PATIENT

NOM : _____

NOM de naissance : _____

Prénom : _____

Date de Naissance : _____

Lieu de Naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Accord du patient pour un appui DAC : OUI NON

Protection juridique : OUI NON

Le patient vit seul : OUI NON

Le patient est-il hospitalisé ? : OUI NON

Si oui, dans quel établissement : _____

Date de sortie prévue : _____



ENTOURAGE

NOM : _____

Prénom : _____

Lien avec le patient : _____

Téléphone : _____

Personne à prévenir : OUI NON

Informé de la demande : OUI NON

A donné son accord en tant que
responsable légal ou personne de confiance :
OUI NON



MEDECIN TRAITANT

NOM : _____ Prénom : _____

Lieu d'exercice : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Informé de la demande : OUI NON A donné son accord : OUI NON



MOTIFS DE LA DEMANDE D'APPUI

- Rupture du parcours
- Refus de soins
- Hospitalisations répétées...
- Problème de santé avec retentissements importants
- Perte d'autonomie
- Souffrance psychologique
- Situation palliative
- Isolement
- Besoin d'accompagnement social
- Vulnérabilité, suspicion de violence, maltraitance
- Epuisement des aidants (entourage ou professionnel)



PROBLEMATIQUES



CERCLE DE SOIN

(Personnes, professionnels et structures du domaine sanitaire, médico-social, social et administratif, qui interviennent dans le parcours du patient.)

Nom : _____ Fonction : _____ Tel : _____
 Structure : _____ Lieux d'exercice : _____

Nom : _____ Fonction : _____ Tel : _____
 Structure : _____ Lieux d'exercice : _____

Nom : _____ Fonction : _____ Tel : _____
 Structure : _____ Lieux d'exercice : _____

Nom : _____ Fonction : _____ Tel : _____
 Structure : _____ Lieux d'exercice : _____

Joindre les documents ou RCP utiles à l'accompagnement (traitement, compte rendu ...)

A renvoyer au secrétariat du DAC CBA ...

✓ Par courriel sécurisé

à l'adresse : cba.dac@normandie.mssante.fr

✓ Par FAX/Courrier postal

DACCaux-Bray-Albâtre.
10, rue Jean Rédélé - 76370 MARTINEGLISE
Téléphone : 02 35 82 69 40 - Fax : 02 35 82 86 26