

Date :

Le DAC FC intervient en appui pour la coordination des parcours de santé ressentis comme complexes quel que soit l'âge ou la pathologie. Ce dispositif dépend du code de la santé publique. Il n'a pas vocation à répondre aux situations d'urgence médicale ni à être effecteur de soins.

Le demandeur

Nom – Prénom :

Fonction :

Etablissement – service :

Téléphone – mail :

Le patient doit être obligatoirement informé de la demande. Confirmez-vous que c'est bien le cas ?

Oui

Si non, pourquoi ?

Patient concerné par la sollicitation

Nom – Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone – mail :

N° Sécurité sociale :

Mesure de protection : Oui Non

Si oui, exercée par :

Vit seul-e

Vit en couple

Autres personnes à domicile

Personne(s) référente(s) – autres contacts

Nom – Prénom :

Lien avec la personne :

Téléphone :

Informations complémentaires :

Médecin traitant :

Nom – Prénom :

Téléphone :

Mail :

Absence de médecin traitant : Oui

Autres professionnels intervenants :

Infirmiers :

Service social :

SSIAD :

SAAD :

Spécialistes :

Problématiques identifiées à ce jour

Santé (physique et mentale)

(exemple : soins somatiques et psychiques)

Précisions (veuillez indiquer si pathologie diagnostiquée) :

Autonomie fonctionnelle

(exemple : Actes de la vie quotidienne)

Précisions :

Aspects familiaux et sociaux

(exemple : isolement, aidant)

Précisions :

Aspects économiques et/ou administratifs

(exemple : accès aux droits, précarité)

Précisions :

Intervenants et système de soins

(exemple : offre adaptée inexistante, multitude d'intervenants, épuisement des professionnels)

Précisions :

Environnement et sécurité

(exemple : logement inadapté, maintien à domicile)

Précisions :

Parcours de santé :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Personne âgée | <input type="checkbox"/> Handicap | <input type="checkbox"/> Précarité/ vulnérabilité |
| <input type="checkbox"/> Santé mentale et psychiatrie | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Cardiovasculaire | <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Nutrition/ santé |
| <input type="checkbox"/> Maternité/ Parentalité | <input type="checkbox"/> Développement enfant | <input type="checkbox"/> Adolescents et jeunes adultes |
| <input type="checkbox"/> Addictions | | |

Evaluation de la complexité ressentie de la situation (de 1-faible à 10-très fort) :

- | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Attentes du patient

Démarches/Actions réalisées par vous ou par les autres professionnels identifiés. Attentes du demandeur

Pour transmettre votre demande :

par voie postale : DAC FC 3 allée de l'île aux moineaux 25000 Besançon

par mail : dac-fc@dac-fc.org

par messagerie sécurisée : dac-fc@dac-fc.mssante.fr