**FICHE DE SOLLICITATION**

**Date de la sollicitation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONCERNANT :** [ ] Mme [ ]  M. |  | Requérant :  |
| Noms de naissance : Nom d’usage :Prénoms :Né le :Lieu de naissance :  |  | [ ]  Médecin généraliste[ ] Autre professionnel de ville[ ] Professionnel du secteur social [ ] Une structure hospitalière [ ] Une structure médico-sociale[ ] La personne ou un proche  |
| Téléphone :  |  | Nom, Prénom : Fonction : Structure : Téléphone :Mail :  |
| Adresse : Numéro sécurité sociale : Caisse :  |  |
|  |  |  |  |  |
| Aidant/ entourage :  |  | Partage d’information | Oui | Non |
| Nom/ Prénom : Téléphone : Lien de parenté : Représentant légal : oui [ ]  non [ ]  |  | La personne est informée de la demande |  |  |
| La personne consent au partage de l’information |  |  |
| Le médecin est informé de la demande |  |  |

|  |
| --- |
| **Professionnels ou structures intervenants (soins, sociaux, judiciaire, …) :**  |
| Profession / Nom Prénom / interventions (type/fréquence…) / coordonnées  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Demande exprimée par la personne et / ou son entourage** |
|  |

|  |
| --- |
| **Problématiques identifiées par le professionnel** |
|  |

|  |
| --- |
| **POINTS DE VIGILANCE** |
| Recueil d’information | Commentaires |
| **Santé physique ou psychique :**[ ]  Troubles cognitifs[ ] Trouble sensoriel[ ] Trouble du langage[ ] Difficulté de communication / de compréhension[ ] Trouble de la motricité[ ] Trouble du comportement[ ] Trouble de la nutrition[ ] Polypathologie[ ] Douleur[ ] Plaie |  |
| **Autonomie fonctionnelle :** [ ] Difficulté/incapacité actes essentiels[ ] Acte de la vie quotidienne[ ] Problématique de Mobilité[ ] Risque de chute[ ] Observance médicamenteuse |  |
| **Aspect environnemental :** [ ] Cadre de vie précaire[ ] Habitat inadapté/insalubre[ ] Isolement géographique[ ] Absence de soignants[ ] Absence d’intervenant |  |
| **Aspect familiaux et sociaux :** [ ] Absence ou difficulté des aidants[ ] Refus d’aide ou de soins[ ] Conflits familiaux[ ] Inaptitude/difficulté liée à la parentalité |  |
| **Aspects économiques, administratifs et ou financiers**[ ] Précarité financière[ ] Accès aux droits sociaux[ ] Accès à la scolarité/ la formation[ ] Accès à l’emploi |  |

***Partie réservée à l’équipe DAC***

|  |
| --- |
| **REPONSE APPORTEE : Par :**  |
| **Information immédiate :**  |
| **Complément d’information :**  |
| **Orientation :**  |
| **Accompagnement :**  |
| **Parcours :** [ ] MND [ ] SP [ ] ONCO [ ] TND [ ] Plaies [ ] COVID long [ ] Santé mentale  |
| AUTRES : |

|  |
| --- |
| **COMPLEMENT D’INFORMATION** |
|  |