**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** |
|  |