

**RÉSERVÉ AU DAC**

Demande réceptionnée par :

Date de la demande :

Date du 1er contact :

## IDENTITÉ DU PATIENT

Nom (usuel et jeune fille) :  Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° de téléphone :  Email :

N° de sécurité sociale :

Situation familiale :  en couple  vit seul(e)  autre :

Personne à contacter :  Tél. de la pers. à contacter :

Lien avec la personne concernée :

Mesure de protection :  oui  non  en cours

## IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Nom :

Prénom :

Établissement :

Fonction :

Tél :  Email :

Dispositif social en place ou en cours : APA - PCH - AAH - INV - ALD - AIDE MUTUELLE - AUTRE

PROFESSIONNELS	NOM / PRÉNOM / COORDONNÉES	NATURE DE L'INTERVENTION
Médecin traitant <i>informé: oui / non</i> <i>accord: oui / non</i>		
Médecin spécialiste		
Infirmière libérale		
Autres spécialistes <i>pharmacien, kiné, ...</i>		

## INFORMATIONS

Informations (médicales, sociales et psychologiques, pathologie, traitement...) pertinentes pour la prise en charge.

Merci de joindre les comptes rendus médicaux

Dangerosité au domicile pour l'équipe DAC :  oui  non

Précisions :

## ATTENTES VIS-À-VIS DU DAC

Quelles sont vos attentes vis-à-vis du DAC ?

---

### RÉSERVÉ AU DAC

- Priorités éventuelles
- prise en charge palliative avec fin de vie imminente
  - personne isolée avec des troubles cognitifs
  - prise en charge de la douleur.