

ESPACE RÉSERVÉ AU DAC		
Demande réceptionnée par	Date de la demande	Date de 1er contact
Antenne :		

## IDENTITÉ DU PATIENT

Nom (usuel et jeune fille) :

Prénom :

Date de naissance :

Situation familiale :  En couple  Autre :  
 Vit seul(e)

Adresse :

Téléphone :

Email :

N° Sécurité Sociale :

Mesure de protection :  oui  non  en cours

Personne à contacter :

Téléphone de la personne à contacter :

Lien avec la personne concernée :

## IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Email :

Établissement :

Fonction :

## INFORMATIONS PATIENT

Dispositif social mis en place ou en cours :

APA - PCH - AAH - INV - ALD - Aide mutuelle - Autre

Professionnels identifiés	Nom Prénom - Coordonnées	Nature de l'intervention
<b>Médecin traitant</b> Informé : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Accord : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
<b>Médecin spécialiste</b>		
<b>Infirmière libérale</b>		
<b>Autres spécialistes</b> Pharmacien, kiné, ...		



## **INFORMATIONS PATIENT** (suite n°1)

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

Merci de joindre les comptes-rendus médicaux.



**INFORMATIONS PATIENT** (suite n°2)

## INFORMATIONS PRATIQUES

Dangerosité éventuelle au domicile pour l'équipe du DAC ?    oui     non

Précisions :

## QUELLES SONT VOS ATTENTES VIS-À-VIS DU DAC ?

### ESPACE RÉSERVÉ AU DAC : PRIORITÉ ÉVENTUELLE

- Prise en charge palliative avec fin de vie imminente
- Personne isolée avec des troubles cognitifs
- Prise en charge de la douleur
- Expertise EGED
- Autre :