

DEMANDE D'APPUI - SITUATION DE SANTE COMPLEXE¹

FORMULAIRE POUR LES PROFESSIONNELS

Complexité ressentie par le demandeur quel que soit l'âge, la pathologie ou le handicap de la personne concernée

"La personne concernée, ou son représentant légal, est **informée** du recours au Dispositif d'Appui à la Coordination afin qu'elle puisse exercer son **droit d'opposition**" (décret n° 2021-295 du 18 mars 2021)

"Les **professionnels qui sollicitent** le DAC sont les **mieux indiqués pour assurer cette information**"
(Cadre National d'Orientation des DAC, juillet 2023)

LA PERSONNE (ou représentant légal) **A ÉTÉ INFORMÉE** par le demandeur du recours au DAC Oui ☐ Non ☐

A DONNE SON ACCORD pour être contactée par le DAC Oui ☐ Non ☐

Si 2 "non" cochés, personne à contacter en 1^{re} intention (proche aidant, professionnel) / ou remarques :

LA DEMANDE

DATE : Par Téléphone ☐ / Messagerie (MS Santé ou autre) ☐ / Courrier ☐ / En direct ☐

OBJECTIF PRECIS DE LA DEMANDE

LE DEMANDEUR

NOM / Prénom

STRUCTURE / SERVICE ET LIEU D'EXERCICE

MAIL PROFESSIONNEL (SÉCURISÉ si existant)

TÉL FIXE TÉL MOBILE

PRÉFÉRENCE POUR ME JOINDRE (horaire/jour) :

LA PERSONNE CONCERNÉE

NOM / Prénoms NOM DE JEUNE FILLE

DATE DE NAISSANCE LIEU DE NAISSANCE

ADRESSE COMPLETE

N° DE SECURITE SOCIALE

TÉL FIXE TÉL MOBILE MAIL

AUTRE PERSONNE A CONTACTER

NOM / Prénom LIEN AVEC LA PERSONNE

TÉL FIXE TÉL MOBILE MAIL

LES RÉFÉRENTS PROFESSIONNELS

MÉDECIN TRAITANT (si différent du demandeur)

Pas de médecin traitant ☐

NOM / Prénom

TÉL

Le médecin traitant a été informé de cette demande d'appui OUI ☐ NON ☐

¹Lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux (Code de la Santé Publique, art L6327-1)

Professionnel	Nom / prénom / Coordonnées	Fréquence / type d'intervention
Infirmier-e à domicile		
SSIAD Service de soin Infirmier à dom.		
SAAD Service d'Aide et d'Accomp. à Dom		
Médecin spécialiste		
Pharmacien.ne		
Masseur-Kinésithérapeute		
Mesure de protection ☐ ☐ N ☐		
Service social		
Autre :		

CONTEXTE DE LA DEMANDE

☐ **PROBLEMATIQUE DE SOINS*** (pathologie, troubles du comportement, troubles psychiques, cognitifs...) :

.....

.....

.....

☐ **DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS** (refus des aides par la personne concernée, refus/arrêt des professionnels, difficulté de coordination des intervenants...) :

.....

.....

☐ **BESOIN D'AIDE ESSENTIELLE A LA VIE QUOTIDIENNE** (prise de traitement, hygiène, élimination, préparation du repas, mobilité...) :

.....

.....

☐ **PROBLEMATIQUE D'ISOLEMENT SOCIAL** (absence d'entourage, épuisement ou éloignement des aidants...) :

.....

.....

☐ **DIFFICULTES ADMINISTRATIVES ET/OU FINANCIERES :**

.....

.....

* réponse obligatoire

SOLLICITER UNE EQUIPE LOCALE DAC 71

MSSANTE ville@dac71.mssante.fr / **Mail** ville@dac71.fr (ex : lecreusot@dac71.fr, montceau@dac71.fr)

AUTUN 03 85 52 66 89 / **CHALON** 03 58 09 00 35 / **LE CREUSOT** 03 85 55 95 88 / **LOUHANS** 03 85 60 30 20

MACON 03 85 27 53 40 / **MONTCEAU** 03 85 67 64 03 / **PARAY** 03 85 24 32 64 / **TOURNUS** 03 85 51 35 78

OU VIA LE STANDARD DEPARTEMENTAL DAC 71

03 58 09 00 34 | contact@dac71.fr | dac71@dac71.mssante.fr

Liste des équipes locales DAC 71 à contacter selon votre commune sur le www.dac71.fr

Les données recueillies dans ce formulaire font l'objet de traitements (collecte, analyse, conservation et destruction) par le DAC 71 afin de poursuivre son intérêt légitime à apporter son soutien dans la gestion des situations de santé complexe. Les données sont conservées 10 ans à compter du dernier épisode de coordination. Les informations concernant le patient ne sont transmises qu'aux seules personnes habilitées à intervenir dans son parcours de santé. Le patient dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des données le concernant ainsi que du droit de s'opposer au traitement de ses données par le DAC 71 ou de limiter ces traitements. Pour exercer ses droits ou pour toute question sur le traitement de ses données, le patient peut contacter notre association ou son délégué à la protection des données (DPO) en écrivant à dpo@accens.net. Si le patient estime, après nous avoir contactés, que ses droits ne sont pas respectés, il peut adresser une réclamation auprès de la CNIL.