

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION

A Envoyer au DAC'63
(Anonyme si absence de consentement)

Date de la demande :

1 Professionnel adressant la demande :

Nom : Fonction :
Structure/service :
Tél : Portable : Mail :

2 Personne concernée :

Nom : Prénom : Nom de naissance :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Adresse : Situation familiale :
Lieu de vie :
Tél : Portable : Mail :
Mesure de protection : ☐ oui ☐ non ☐ à envisager Type de mesure :
Personne de confiance : ☐ oui, précisez : ☐ non
Coordonnées du référent principal (si différent de la personne de confiance) :
.....
Droits ouverts : ☐ oui, précisez : ☐ non ☐ à envisager

3 Consentement de la personne concernée :

La personne a été informée ou a donné son consentement à l'intervention du Dac'63 : ☐ oui ☐ non
La personne est-elle en capacité de donner son consentement : ☐ oui ☐ non
Une personne de confiance ou le représentant légal a-t-il donné son consentement : ☐ oui ☐ non
Si oui, Nom, Prénom : Coordonnées :

4 Professionnels intervenant (Nom /structure d'intervention/coordonnées :

Médecin traitant :
Cabinet Infirmier :
Service d'aide à domicile :
Service social :
Structure éducative :
Autres :

5 Renseignements médicaux, pathologie(s) en cours : ATCDs :

.....
.....
.....

6 **Risque de rupture impactant le PARCOURS DE SANTE :** (hospitalisations répétées, sortie d'hospitalisation, actes thérapeutiques nombreux ou complexes, retrait ou recherche d'un professionnel de santé, polypathologies (somatiques ou psychiatriques), incapacité à organiser son parcours de santé, difficultés accès aux soins...)

.....

.....

.....

7 **Risque de rupture impactant l'AUTONOMIE :** (Hospitalisation récente, pathologie somatique ou psychiatrique, perte d'autonomie récente, changement à venir impactant l'autonomie, ...)

.....

.....

.....

8 **Risque de rupture impactant l'ENVIRONNEMENT/LA SECURITE :** (logement insalubre/inadapté/encombré, besoin aménagement du logement, accompagnement à la recherche d'établissement/structure plus adaptée, refus à la mise en place d'aides à domicile, épuisement des professionnels à domicile...)

.....

.....

.....

9 **Risque de rupture impactant L'ASPECT FAMILIAL/SOCIAL :** (changement récent : décès éloignement, isolement familial géographique, conflits familiaux/conjugopathie, départ/épuisement de l'aidant principal, ...)

.....

.....

.....

10 **Risque de rupture impactant L'ASPECT ECONOMIQUE/ADMINISTRATIF :** (changement récent ou à venir, précarité sociale/financière, difficultés de gestion administrative et budgétaire, difficultés d'accès aux droits, ...)

.....

.....

.....

11

Descriptif de la situation :

Problématiques rencontrées par le professionnel

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Attentes du professionnel/Besoins identifiés

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait le :, A **Signature :**