

Personne concernée (* : Informations obligatoires)

*Nom d'usage : *Nom de naissance :
 *Prénom : *Date de naissance :
 *Lieu de naissance : Téléphone :
 Adresse postale : Complément d'adresse :
 Lieu de vie : Domicile personnel Foyer logement Sans logement Hébergé-e par :
 Vit seul-e Entourage à domicile éventuel :
 Consignes pour le contact :
 (Langue, personne malentendante, horaires d'appel, pas de téléphone)

Alertes

Santé

Absence de suivi médical
 Douleurs
 Hospitalisations répétées - Lieu :
 Modification du poids : + kg - kg
 Problèmes sensoriels : Vision Audition
 Problèmes de comportement
 Pertes de mémoire
 Chutes/Troubles de l'équilibre
 Autre :

Autonomie

Altération dans les actes essentiels
 (Se laver, se vêtir, aller aux toilettes, se déplacer, se nourrir)
 Altération dans les activités domestiques
 (Courses, repas, ménage, linge, budget, téléphone, transports)
 Difficultés dans la prise de décisions :
 Donner l'alerte
 Elaborer un projet de vie
 Repérer les dangers
 Gérer l'administratif
 Décisions inadaptées à la vie quotidienne
 Autre :

Environnement matériel

Habitat inadapté à la pathologie ou à l'âge
 Logement : Infesté (punaises, cafards, rongeurs)
 Encombré
 Autre :

Environnement humain

Absence d'aide professionnelle
 Aidants : Absents temporairement Perte
 Epuisement Non aidants
 Refus d'aide ou d'intervention de professionnels
 Ressenti de solitude
 Suspicion d'abus ou de maltraitance intrafamiliale
 Autre :

Situation administrative et financière

Précarité financière
 Absence ou difficulté d'accès aux droits sociaux
 Autre :

Commentaires libres

(Points de vigilance, besoins repérés pour la personne, demandes exprimées par le demandeur et/ou le bénéficiaire)

Cercle de soins connu

Médecin traitant :
 Médecin-s spécialiste-s :
 IDEL ou SSIAD :
 SAAD ou AVS :
 Mandataire judiciaire :
 Autre :

Droits ouverts

APA : OUI NON
 MDPH : OUI NON
 Autre :

Demande faite par :

Nom/Prénom : Date de la demande :
 Lien avec la personne concernée : Fonction :
 Adresse : Structure :
 La personne concernée est au courant du partage de ses informations Téléphone :

Encart réservé au DAC, ne rien inscrire

Demande reçue le :

Retour fait le :