

FICHE D'ORIENTATION DAC DU VAR



A envoyer au DAC du lieu de résidence de la personne concernée

DAC VAR OUEST
contact@dac-varouest.fr
04 94 35 32 01

DAC VAR EST
contact@dac-varest.fr
04 94 47 02 02



Toute demande implique que la personne orientée ait été informée du partage d'informations avec le DAC et ne se soit pas opposée à cette démarche. Le DAC s'assurera du consentement au partage d'information entre partenaires de la personne tout au long de son accompagnement.

ADRESSEUR :

Structure : Service : Date de demande :
Nom : Prénom :
Téléphone : Mail :

PERSONNE MAJEURE CONCERNÉE* :

*Informations nécessaires pour la bonne prise en compte de la demande - merci de votre compréhension

Nom d'usage* : Nom de naissance* :
Prénoms de naissance* : Sexe* :
Date de naissance* : Commune de naissance* :
Adresse* : Téléphone* :
Commentaires : (habitude de vie, digicode, boîte à clés...) :

Personne vivant seule : ☐ Oui ☐ Non Commentaires :
Où se trouve la personne au moment de la sollicitation : ☐ A domicile ☐ En établissement
Autres : Si oui, Type de structure
Date de sortie envisagée :

DÉTAILS DE LA DEMANDE

Description factuelle de la situation :

Actions/Démarches entreprises par l'adresseur :

Attentes vis à vis du DAC :

APA : GIR : N° Dossier : MDPH : N° Dossier : ALD :

RUPTURE DE PARCOURS IDENTIFIÉES :

CERCLE DE SOINS (Professionnels et entourage) :			
	Nom / Prénom	Téléphone	E-mail
Famille / Aidant			
Mesure de protection			
Médecin traitant			
Médecin(s) spécialiste(s)			
Infirmier			
SSIAD / HAD			
Aides à domicile / SAAD			
ESA /EMPSA / EMGEH			
Soins palliatifs			
Pharmacien			
Kinésithérapeute			
Portage de repas			
Téléalarme			
Référent social			
Autre			

ALERTES REPÉRÉES

AUTONOMIE FONCTIONNELLE

☐ Problème(s) lié(s) aux actes essentiels de la vie (se nourrir, se vêtir, se laver, se déplacer..)

☐ Problème(s) lié(s) dans les activités de la vie domestiques (courses, ménages, préparation des repas, des médicaments)

SANTE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE

☐ Pathologie(s) chronique(s) ou évolutive(s)

☐ Problèmes d'autonomie décisionnelle (troubles de la mémoire, risque d'abus de faiblesse)

☐ Troubles cognitifs

☐ Troubles du comportement (déambule, risque de fugue, agressivité)

☐ Conduites addictives

☐ Prise de médicaments >5

☐ Troubles psychiatriques / psychiques

☐ Troubles de la nutrition, perte de poids

☐ Troubles sensoriels

☐ Risque de chute

☐ Hospitalisation (récente, en urgence)

Si oui date et motif :

☐ Autre :

ENVIRONNEMENT : SOCIAL ET FAMILIAL

☐ Isolement social ou familial, ruptures des liens

☐ Epuisement, absence , indisponibilité de l'aidant

☐ Epuisement professionnel

ENVIRONNEMENT : ECONOMIQUES / ADMINISTRATIFS

☐ Difficultés à la gestion administrative et financière

☐ Risque de précarité

☐ Dettes / Impayés

☐ Perte / Difficultés d'accès au droit

ENVIRONNEMENT : HABITAT

☐ Logement inadapté, problème d'accessibilité, isolement géographique

☐ Incurie, encombrement, insalubrité

☐ Autre

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 06 janvier 1978 modifiées en 2004, les personnes concernées bénéficient d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concernent qu'elles peuvent exercer en s'adressant au responsable. Elles peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données les concernant.