

DEMANDE D'APPUI

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom / Prénom : _____ Fonction : _____
 Adresse : _____
 Courriel : _____ Téléphone : _____

IDENTITE DE LA PERSONNE CONCERNEE

Nom / Prénom : _____ Date et lieu de naissance : _____
 Nom de naissance : _____ Téléphone : _____
 Adresse : _____
 Courriel : _____

INFORMATION CONSENTEMENT

La personne est-elle informée de la demande ? Oui Non
 La personne accepte-t-elle notre intervention ? Oui Non
 Si la personne ne peut exprimer son consentement, l'entourage l'accepte-t-elle ? Oui Non

INTERVENANTS CONNUS

PROFESSIONNELS	Nom / Prénom	Téléphone / Mail	Commune
Médecin traitant			
	Est-il informé de la demande ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas		
Médecin(s) spécialiste(s)			
Cabinet infirmier / SSIAD			
Service d'aide à domicile			
Structure sociale (service autonomie, caisse de retraite, MDPH, CMS...)			
Mandataire judiciaire			
Autre(s)			

ENTOURAGE (Aidant(s), enfant(s), conjoint, personne de confiance...)

Lien avec la personne	Nom / Prénom	Téléphone / Mail	Adresse	A contacter en priorité
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

SITUATION DE LA PERSONNE CONCERNEE

SANTE PHYSIQUE ET MENTALE

- Troubles cognitifs (mémoire, désorientation dans le temps et/ou l'espace...)
- Troubles du comportement (déambulation, agressivité, repli sur soi, tristesse...)
- Troubles nutritionnels (perte de poids, anorexie, difficulté à se nourrir...)
- Symptômes physiques (troubles sensoriels, chute, perte d'équilibre, perte de mobilité, douleurs...)
- Hospitalisations multiples
- Rupture/Absence / Refus de soins

VIE QUOTIDIENNE

- Besoin d'aide dans les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, repas, travaux ménagers, courses, continence...)
- Refus des aides
- Difficultés administratives et financières
- Difficultés liées au logement (inadapté, inaccessible, vétuste...)
- Difficultés liées à la scolarité / formation / emploi

ENVIRONNEMENT SOCIAL ET FAMILIAL

- Isolement social (vit seul, sans soutien, éloigné géographiquement...)
- Difficultés liées au proche aidant (décès, fragilité, épuisement, conflit, absence...)

DESCRIPTION DE LA SITUATION

EN TANT QUE DEMANDEUR, J'AI BESOIN DE :

Demande d'appui à adresser au DAC Ardèche :

Par mail : contact@dacardeche.fr

Nous vous contacterons pour vous informer des suites données à votre demande ainsi que de la date de prise en charge

Antenne Nord : 105 rue de La Lombardière 07430 Davézieux

 **DAC ARDECHE NORD**

Antenne Centre : Rue Alessandro Volta 26500 Bourg Lès Valence

 **DAC ARDECHE CENTRE**

Antenne Sud : 26 Rue Jean Mermoz - Résidence Osiris - 07200 Aubenas

 **DAC ARDECHE SUD**

www.dacardeche.fr - Contact : 04 75 81 63 10