

FORMULAIRE DE DEMANDE D'APPUI

DOCUMENT RESERVE A UN USAGE STRICTEMENT PROFESSIONNEL

Cadre réservé au **DAC**

Date Réception Demande:

N° AZUREZO:

La personne est-elle informée de la démarche la concernant ?

OUI

NON

PERSONNE CONCERNEE

Nom (épouse) :
 Nom naissance :
 Prénom :
 Sexe : Taille/Poids :
 Date de naissance : Age :
 N° de sécurité sociale :
 Téléphone :
 Adresse :
 Mail :
 Situation familiale :
 Statut d'hébergement :
 Protection juridique : oui non
 demande en cours non connue
Si oui type de mesure :
 Cordonnées du mandataire :
 Si demande en cours, date et origine de la demande :

DEMANDEUR

Nom - Prénom :
 Organisme :
 Fonction :
) :
 @ :

PRESTATIONS FINANCIERES/ COUVERTURE SOCIALE (veuillez préciser N° de dossier et référent)

APA (Allocation personnalisé à l'autonomie) :
GIR :
 PCH / AAH :
 Caisse de retraite :
 RSA :
 Mutuelle :
 Autre :

QUEL(S) SERVICE(S) DU DAC13SUD SOUHAITE VOUS SOLICITER ?

TOUT PUBLIC	+ DE 60 ANS	SERVICES SPECIALISES
<input type="checkbox"/> Information/Orientation	<input type="checkbox"/> EMG (Equipe mobile de gériatrie) uniquement sur Marseille	<input type="checkbox"/> ETP (Education thérapeutique du Patient)
<input type="checkbox"/> Coordination parcours complexes	<input type="checkbox"/> Coordination parcours complexe à domicile	<input type="checkbox"/> APA (Activité Physique Adaptée) / Maison Sport Santé
		<input type="checkbox"/> Diabète gestationnel
		<input type="checkbox"/> LVH (Lien Ville-Hôpital)
		<input type="checkbox"/> COVID Long

CERCLE DE SOIN (PROFESSIONNELS ET ENTOURAGE) :

Fonction	Nom- Prénom	Coordonnées
Médecin traitant		
Médecin spécialiste		
IDEI/SSIAD		
Service d'aide à domicile		
Aidant principal		

CONTEXTE ET MOTIF DE LA DEMANDE : (environnement socio-familial, autonomie, gestion administrative, santé, habitat, vie social et/ou professionnelle...)

AVÉZ-VOUS DEJA SOLICITE D'AUTRES DISPOSITIFS/PARTENAIRES AUTRE QUE LE DAC 13 SUD ? SI OUI LESQUELS ?

ALERTE 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 domestiques (courses, ménages, préparation des repas / des médicaments)
- Problème(s) de communication (fonctionnelle ou barrière de la langue)

SANTE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE

- Cancérologie :
- Pathologies neuro-évolutives :
- Pathologies chroniques :
 - Diabète type 1(sous insuline, pas d'insuline)
 - Diabète type 2 (sous insuline, pas d'insuline)
 - Obésité
 - Risque cardio vasculaire
 - Rhumatismes inflammatoires Chroniques :
 - Autres :
- Problèmes d'autonomie décisionnelle (troubles de la mémoire, risque d'abus de faiblesse)
- Troubles cognitifs
- Troubles comportementaux (déambulation, risque de fugue, agressivité, désinhibition...)
- Conduites addictives
- Prises de médicaments >5
- Troubles psychiatriques/psychiques
- Risque de chutes
- Hospitalisation :
 - Si oui, date / lieu et motif :
- Autres :

ENVIRONNEMENT : SOCIAL ET FAMILIAL

- Isolement social ou familiale, rupture des liens
- Epuisement, absence, indisponibilité de l'aïdant
- Epuisement professionnel

ENVIRONNEMENT : ECONOMIQUE / ADMINISTRATIF

- Difficultés à la gestion administrative et/ou financière
- Risque de précarité
- Dettes / Impayés
- Perte / Difficultés d'accès aux droits

ENVIRONNEMENT : HABITAT

- Logement inadapté, problème d'accessibilité, isolement, géographique
- Incurie, encombrement, insalubrité
- Nuisibles :
- Autres :