

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 :

Coordonnées 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 personnalisée à l'autonomie) :

GIR :

☐ PCH / AAH :

☐ Caisse de retraite :

☐ RSA :

☐ Mutuelle :

☐ Autre :

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

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		
IDEL/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...)

⚠ AVEZ-VOUS DEJA SOLLICITE D'AUTRES DISPOSITIFS/PARTENAIRES AUTRE QUE LE DAC 13 SUD ? SI OUI LESQUELS ?

ALERTES REPEREES

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'aidant
- ☐ 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 :