



# DEMANDE DE COORDINATION DAC 24

## A l'attention des professionnels

A envoyer par email à [orientation@dac-24.fr](mailto:orientation@dac-24.fr)

Date de la demande : .....

La personne est-elle informée de la demande PTA :  oui  non  ne sait pas

### IDENTITE DEMANDEUR

Nom :

Prénom :

Fonction :

Structure :

Tél :

Courriel :

### IDENTITE DE LA PERSONNE

Nom, prénom utilisé :

Nom, prénom de naissance :

VILLE et PAYS de naissance :

Date de naissance, âge :

Sexe :  M  F

Adresse :

Tél :

**MOTIF ET CONTEXTE DE LA DEMANDE** (refus des aides et des soins par la personne et/ou l'entourage, épuisement des aidants, aides insuffisantes ou inadaptées, retour à domicile complexe, évènement de rupture, mise en danger, situation de maltraitance...)

**STUATION FAMILIALE** :  Marié(e)  vie maritale  PACS  divorcé (e)  célibataire  veuf(ve) Nombre d'enfants :

**SITUATION PROFESSIONNELLE** :  Sans  minimas sociaux  salarié  indépendant  retraité  situation de handicap  
 invalidité  scolarisé

**DROITS SANTE** : Organisme de Sécurité Sociale :

Mutuelle :

CSS :

ALD :

**PRESTATIONS DU MAINTIEN A DOMICILE** :  PCH  ACTP  MTP  APA  ARDH  AUTRE

Détails : Heures :

Date :

**MODE DE VIE** :  Seul  hébergé  en couple  Famille d'accueil  Etablissement Médico Social

### INTERVENANTS PROFESSIONNELS

NOM	COORDONNEES	PLANNING DES INTERVENTIONS Jours et Heures

Médecin traitant :

Tel :

CRITERES REMETTANT EN CAUSE LE SOUTIEN A DOMICILE	
<b>DIFFICULTES DE SANTE</b> <input type="checkbox"/> Refus de soins <input type="checkbox"/> Absence et/ou discontinuité des soins <input type="checkbox"/> Difficultés d'accès aux soins <input type="checkbox"/> Maladie chroniques ou évolutives <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs (diagnostiqués ou non) <input type="checkbox"/> Troubles psychiques <input type="checkbox"/> Troubles du comportement <input type="checkbox"/> Troubles physiques <input type="checkbox"/> Situation de handicap <input type="checkbox"/> Troubles nutritionnels/perte de poids <input type="checkbox"/> Conduites addictives <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels non traités <input type="checkbox"/> Sentiment de solitude <input type="checkbox"/> Hospitalisations à répétition <input type="checkbox"/> Chutes fréquentes	<b>PRECISIONS</b>
<b>DIFFICULTES D'AUTONOMIE FONCTIONNELLE</b> <input type="checkbox"/> Actes Essentiels (se nourrir, se laver, se vêtir, éliminer) <input type="checkbox"/> Activités du quotidien (courses, préparation repas, ménage, linge, gestion du budget, gestion admin, loisirs...) <input type="checkbox"/> Mobilité (transferts, marche)	<b>PRECISIONS</b>
<b>DIFFICULTES D'AUTONOMIE DECISIONNELLE</b> <input type="checkbox"/> Troubles du jugement/compréhension <input type="checkbox"/> Altération/déficience intellectuelle	<b>PRECISIONS</b>
<b>AIDES ET SOINS</b> <input type="checkbox"/> Refus d'aides et/ou de soins <input type="checkbox"/> Absence et/ou discontinuité des soins <input type="checkbox"/> Aides et/ou soins inadaptés <input type="checkbox"/> Difficultés d'accès aux soins ou d'aides <input type="checkbox"/> Mise en échec des professionnels (épuiement, impuissance, conflits...)	<b>PRECISIONS</b>
<b>ENTOURAGE</b> <input type="checkbox"/> Personne isolée/absence de famille <input type="checkbox"/> Epuiement ou défaillance des aidants <input type="checkbox"/> Projet de vie non partagé avec l'entourage <input type="checkbox"/> Conflits avec l'entourage	<b>PRECISIONS</b>
<b>ENVIRONNEMENT (Familial, social, géographique, habitat)</b>	

<p><b>Précisions si difficultés</b> avec Aidants – Proches – Intervenants :</p> <p>(arrêt de la prise en charge/mise en échec des professionnels/sentiment d'épuiement/conflit...).</p>
---

<b>MESURE DE PROTECTION :</b> <input type="checkbox"/> Oui Type : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours depuis le :
--