**Motifs de la demande d’appui :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Eléments de complexité de la situation** | **Besoins et interventions du DAC souhaitées** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Identité de l’usager :**

**Nom/prénom** : ………………………………………………………………………………………………………………………..

**Date naissance** : …………………………. **Téléphone** :………………………………

**Lieu de vie lors de la demande** : Domicile / Etablissement ou structure d’hébergement

**Adresse** :……………………………………………………………………………………………………………………………………….

**L’usager et/ou son représentant légal est informé et consent au partage d’information** : oui / non

**Demandeur :**

**Nom/Prénom :** …………………………………………………………………… Téléphone : ……………………………………

**Fonction/ Structure :** ……………………………………………………………………………………………………………………..

**Médecin traitant :**

* Médecin traitant est le demandeur
* Médecin traitant connu (autre que le demandeur), informé : oui / non

Nom/prénom/coordonnées : …………………………………………………………………….

* Médecin traitant non connu
* Pas de médecin traitant

**Équipe de soins / intervenants :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fonction / Structure**  | **Nom** | **Prénom** | **Coordonnées** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Entourage de l’usager :**

**Cadre réservé au DAC**

Date de la demande : ………………………… Saisie par : ……………………………………………..

Orientation / Référent d’appui : …………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lien /Parenté** | **Nom** | **Prénom** | **Coordonnées** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |