

Formulaire de demande d'inclusion / DAC Essonne Sud

A renvoyer par fax au : 01 64 99 93 41 ou bien

depuis votre mail sécurisé à : dac91sudspes@spes-asso.mssante.fr ou asso.dac91sudspes@medical91.apicrypt.org

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Date de la demande :

Nom (*) : Prénom (*) :

Nom de l'établissement (*) : Service (*) :

Tél Fixe (*) : Tél port :

Mail :

Lien avec l'usager :

Merci de joindre les comptes rendus (consultations, hospitalisations, RCP, DLU...) ainsi que les derniers traitements

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Informé de la demande

En accord avec la demande

Sexe : Femme Homme

Nom d'usage (*) : Nom de naissance : Prénom (*) :

Date de naissance (*) : Lieu de naissance :

Mode de vie : Vit en couple : sans enfant avec enfant(s) (âge(s) :.....) Vit seul(e) avec enfant(s) (âge(s) :.....)
 Vit seul(e) Vit en collectivité Veuf/ve

Adresse (*) : Ville/CP (*) : Maison Appartement

Tel fixe (*) : Tel portable (*) :

Mail :

N° SS : Mutuelle :

Régime : Général Spécial (préciser) :

Mesure de protection juridique : oui non en cours ne sait pas
 Curatelle Tutelle Sauvegarde de justice Habilitation familiale

Si existante, exercée par : Professionnel privé ou Association tutélaire :

Famille (lien) :

ENTOURAGE DE L'USAGER

Nom	Prénom	Lien avec l'usager	Tel	Mail	Informé de la démarche	En accord avec la démarche

Personne de confiance : Oui Non Nom/Prénom :

Directives anticipées : Oui Non Date et lieu :

Ce formulaire regroupe l'ensemble des données médico-psycho-sociales nécessaires à la coordination d'un parcours de santé. Il est nécessaire de compléter les données qui nous aideront à mieux comprendre votre demande ainsi que la problématique principale de la situation orientée.
Seuls les champs en rouge sont obligatoires (*).

Motif de la demande (*) :

MÉDICAL

Pathologie principale (*) :

ATCD médicaux :

A eu la COVID 19

Vacciné

ATCD chirurgicaux :

Médecin Traitant (*) : oui non

Réalise des VAD : oui non /

Informé

En accord

Nom/Prénom (*) :

Tél :

Adresse :

Mail :

Suivi hospitalier (MH, EMASP, Soins de support) :

Traitement en cours :

Lit de repli ou séjour de répit : Oui Non

Préciser :

NOTES LIBRES

SANTÉ

BESOINS PERTURBÉS ALERTES	AUTONOMIE	SYMPTÔMES
Douleurs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Localisation : <input type="checkbox"/> Nociceptive <input type="checkbox"/> Neuropathique <input type="checkbox"/> Mixte Élément déclencheur : Gestion de la douleur : <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide Préciser :	Echelle : Intensité : Fréquence :
Respiration	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Perturbée <input type="checkbox"/> O2	<input type="checkbox"/> Essoufflement <input type="checkbox"/> Saturation (niveau d'O2 dans le sang) <input type="checkbox"/> Encombrement <input type="checkbox"/> Autre, préciser :
Alimentation	Nutrition : <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec l'aide d'un tiers <input type="checkbox"/> Orale exclusivement <input type="checkbox"/> Orale et/ou artificielle Régime : Texture :	<input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements Modification de poids : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Trouble de la déglutition
Hydratation	<input type="checkbox"/> Orale exclusivement <input type="checkbox"/> Orale et/ou artificielle Texture :	<input type="checkbox"/> Déshydratation <input type="checkbox"/> Fausses routes <input type="checkbox"/> Trouble de la déglutition
Élimination urinaire	<input type="checkbox"/> Continent <input type="checkbox"/> Incontinent <input type="checkbox"/> Sonde vésicale à demeure <input type="checkbox"/> Stomie : <input type="checkbox"/> Port de protection	<input type="checkbox"/> Rétention aiguë d'urine
Élimination fécale	<input type="checkbox"/> Continent <input type="checkbox"/> Incontinent <input type="checkbox"/> Stomie : <input type="checkbox"/> Port de protection	<input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Fécalome
État cutané	Peau saine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Localisation : Pieds sains : <input type="checkbox"/> oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Propreté Protocole pansement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Escarre <input type="checkbox"/> Ulcère Autre, préciser :
État buccal	Bouche saine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Prothèse dentaire : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Soins de bouche : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Dépôt blanchâtre <input type="checkbox"/> Rougeur
Mobilité	<input type="checkbox"/> Prothèse <input type="checkbox"/> Amputation : Localisation : <input type="checkbox"/> Logement adapté et accessible Aide technique pour la marche : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Préciser : Alitement permanent : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Matériel à préciser :	<input type="checkbox"/> Déambulation <input type="checkbox"/> Risque de chutes
AVQ (Actes de la vie quotidienne)	Aide pour les soins d'hygiène : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Transferts : <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide Gestion du traitement : <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide Préciser (qui aide) Téléassistance : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Courses : <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide Ménage : <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide Préparation des repas : <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide	
Communication / Orientation	Communication verbale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Communication non verbale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Compréhension du français : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Orientation dans le temps/l'espace : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Perte de mémoire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Altération des facultés décisionnelles : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Handicap sensoriel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser :
Etat psychologique de l'usager		Troubles du comportement/humeur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non A préciser : Suivi psy : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Souhaité
Etat psychologique de l'aidant	Epuisement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Suivi médical : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Activités/Loisirs : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> Retraité	Commentaires libres :
Sommeil	<input type="checkbox"/> Difficultés d'endormissement <input type="checkbox"/> Réveil répétitif <input type="checkbox"/> Somnolence en journée	<input type="checkbox"/> Traitement hypnotique <input type="checkbox"/> Traitement anxiolytique <input type="checkbox"/> Homéopathie : <input type="checkbox"/> Relaxation : Autres :

INTERVENANTS MÉDICAUX ET AUXILIAIRES MÉDICAUX

Type	Contact et coordonnées	Démarches/Fréquence Période d'intervention
<input type="checkbox"/> MÉDECIN SPÉCIALISTE (libéral)	Nom : Tel : Mail :	
<input type="checkbox"/> IDEL (prestataire)	Nom : Tel : Mail :	
<input type="checkbox"/> HAD (AS/IDE)	Nom : EMAD : Numéro IPP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Tel : Mail :	
<input type="checkbox"/> SSIAD (IDE, AS, ADV)	Nom : Tel : Mail :	
<input type="checkbox"/> SAAD (ADV, aide-ménagère)	Nom : Tel : Mail :	
<input type="checkbox"/> KINÉ	Nom : Tel : Mail :	
<input type="checkbox"/> PSYCHOLOGUE / CMP	Nom : Tel : Mail :	
<input type="checkbox"/> ESA	Nom : Tel : Mail :	
<input type="checkbox"/> AUTRES (ergo, psychomot, SAMSAH, réseau SLA et sindefi)	Nom : Tel : Mail :	

INTERVENANTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

Type	Contact et coordonnées	Démarches/Fréquence Période d'intervention
<input type="checkbox"/> APA	Nom : Tel : Mail :	Dossier : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours GIR :
<input type="checkbox"/> CLIC	Nom : Tel : Mail :	<u>Préciser la problématique de l'accompagnement :</u>
<input type="checkbox"/> CCAS	Nom : Tel : Mail :	Portage des repas : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Aide sociale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Suivi social : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> MDPH	Référent :	Dossier <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> ACTP <input type="checkbox"/> PCH <input type="checkbox"/> RQTH <input type="checkbox"/> Assistance scolaire <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> ASSISTANTE SOCIALE HOSPITALIÈRE	Nom Tel : Mail :	
<input type="checkbox"/> MDE	Nom Tel : Mail :	
<input type="checkbox"/> NOA	Nom Tel : Mail :	Dossier Bien vieillir : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours Dossier ARDH : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours GIR :