

Formulaire de demande d'inclusion / DAC Essonne Sud

A renvoyer par fax au : **01 64 99 93 41** ou spes@spes-asso.fr ou bien
depuis votre mail sécurisé à : dac91sudspes@spes-asso.mssante.fr

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR		Date de la demande :/...../.....
Nom (★) :	Prénom (★) :	
Nom de l'établissement (★) :	Service (★) :	
Tél Fixe (★) :	Tél port :	
Mail (★) :		
Lien avec l'utilisateur :		

Joindre à votre demande un justificatif d'identité (CNI, passeport, titre de séjour), et les comptes rendus médicaux (consultations, hospitalisations, RCP, DLU...) ainsi que les derniers traitements



Le DAC ne se saisira de la situation que si la personne est informée de sa sollicitation.

La personne concernée a-t-elle été avisée de cette démarche (★) ? oui non

Autorisation par le patient à la consultation son Dossier Médical Partagé (DMP) oui non

Autorisation par le patient à l'utilisation de l'outil de coordination régional (santélien) oui non

IDENTIFICATION DE L'USAGER						
Sexe : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme						
Nom d'usage (★) :		Nom de naissance :		Prénom (★) :		
Date de naissance (★) :		Lieu de naissance :				
Justificatif d'identité à fournir (★) : <input type="checkbox"/> CNI <input type="checkbox"/> passeport <input type="checkbox"/> titre de séjour						
Mode de vie : Vit en couple : <input type="checkbox"/> sans enfant <input type="checkbox"/> avec enfant(s) (âge(s) :) <input type="checkbox"/> Vit seul(e) avec enfant(s) (âge(s) :) <input type="checkbox"/> Vit seul(e) <input type="checkbox"/> Vit en collectivité <input type="checkbox"/> Veuf/ve						
Adresse (★) :			Ville/CP (★) :		<input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Appartement	
Tel fixe (★) :			Tel portable (★) :			
Mail (★) :						
N° SS (★) :			Mutuelle :			
Régime : <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Spécial (préciser) :						
Mesure de protection juridique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Habilitation familiale Si existante, exercée par : <input type="checkbox"/> Professionnel privé ou Association tutélaire : <input type="checkbox"/> Famille (lien) :						
ENTOURAGE DE L'USAGER						
Nom	Prénom	Lien avec l'utilisateur	Tel	Mail	Informé de la démarche	En accord avec la démarche
Personne de confiance : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Nom/Prénom :			
Directives anticipées : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Date et lieu :			

Ce formulaire regroupe les données médico-psycho-sociales pertinentes, adéquates et limitées strictement nécessaires à la coordination d'un parcours de santé par l'Association SPES. Les champs en rouge sont obligatoires (*). Nous vous remercions de compléter ces données qui permettent de comprendre votre demande ainsi que la problématique principale de la situation orientée.

Les données recueillies au sein de ce document font l'objet de traitements (collecte, analyse, conservation et destruction). Les données ne sont pas conservées plus de 20 ans à compter du dernier épisode de coordination. Les informations ne sont transmises qu'aux seules personnes habilitées à intervenir dans la gestion du parcours de santé.

L'utilisateur dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données et du droit de s'opposer ou limiter leur traitement en contactant l'Association ou son délégué à la protection des données (DPO) à dpo.spesdac91sud@accens.net. Après ces démarches, il peut adresser une réclamation auprès de la CNIL.

Motif de la demande - Qu'attendez-vous de l'intervention de l'Association SPES ? (*) :

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

(*) champs obligatoires

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"/> seule <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	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 : Numéro IPP : EMAD : <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 :