

# Formulaire de demande d'inclusion / DAC Essonne Sud

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

par mail sécurisé à : [dac91sudspes@spes-asso.mssante.fr](mailto:dac91sudspes@spes-asso.mssante.fr) ou [asso.dac91sudspes@medical91.apicrypt.org](mailto: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'utilisateur :

**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 (\*) : 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'utilisateur	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
<b>Douleurs</b>	<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 : .....
<b>Respiration</b>	<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 : .....
<b>Alimentation</b>	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
<b>Hydratation</b>	<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
<b>Élimination urinaire</b>	<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
<b>Élimination fécale</b>	<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
<b>État cutané</b>	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 : .....
<b>État buccal</b>	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
<b>Mobilité</b>	<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
<b>AVQ (Actes de la vie quotidienne)</b>	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	
<b>Communication / Orientation</b>	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 : .....
<b>Etat psychologique de l'usager</b>		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
<b>Etat psychologique de l'aidant</b>	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 :
<b>Sommeil</b>	<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"/> <b>MÉDECIN SPÉCIALISTE</b> (libéral)	Nom : Tel : Mail :	
<input type="checkbox"/> <b>IDEL</b> (prestataire)	Nom : Tel : Mail :	
<input type="checkbox"/> <b>HAD</b> (AS/IDE)	Nom :                      Numéro IPP : EMAD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Tel : Mail :	
<input type="checkbox"/> <b>SSIAD</b> (IDE, AS, ADV)	Nom : Tel : Mail :	
<input type="checkbox"/> <b>SAAD</b> (ADV, aide-ménagère)	Nom : Tel : Mail :	
<input type="checkbox"/> <b>KINÉ</b>	Nom : Tel : Mail :	
<input type="checkbox"/> <b>PSYCHOLOGUE / CMP</b>	Nom : Tel : Mail :	
<input type="checkbox"/> <b>ESA</b>	Nom : Tel : Mail :	
<input type="checkbox"/> <b>AUTRES</b> (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"/> <b>APA</b>	Nom : Tel : Mail :	Dossier : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours GIR :
<input type="checkbox"/> <b>CLIC</b>	Nom : Tel : Mail :	<u>Préciser la problématique de l'accompagnement :</u>
<input type="checkbox"/> <b>CCAS</b>	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"/> <b>MDPH</b>	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"/> <b>ASSISTANTE SOCIALE HOSPITALIÈRE</b>	Nom : Tel : Mail :	
<input type="checkbox"/> <b>MDE</b>	Nom : Tel : Mail :	
<input type="checkbox"/> <b>NOA</b>	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 :