



03 65 89 09 19
contact-dac@appuisantesomme.fr
Expertise Gériatrique et Palliative :
expertise.spg@appuisantesomme.fr

DATE DE LA DEMANDE :

DEMANDEUR

NOM PRÉNOM
FONCTION/SERVICE TÉLÉPHONE
ADRESSE
MAIL.....

PERSONNE CONCERNEE

NOM NOM DE JEUNE FILLE
PRÉNOM DATE DE NAISSANCE.....
TÉLÉPHONE MAIL.....
ADRESSE VILLE.....
MODE DE VIE : VIT SEUL VIT AVEC : VIT EN STRUCTURE

RÉFÉRENT(S) A CONTACTER (FAMILLE, PROCHE,...)

NOM PRÉNOM.....
TÉLÉPHONE..... LIEN
NOM PRÉNOM.....
TÉLÉPHONE..... LIEN

MEDECIN TRAITANT - SI DIFFÉRENT DU DEMANDEUR

NOM PRÉNOM
TÉLÉPHONE MAIL
LE MÉDECIN EST-IL INFORME DE LA DEMANDE ? OUI NON EST-IL D'ACCORD ? OUI NON

SI MESURE DE PROTECTION

NOM PRÉNOM
TÉLÉPHONE MAILTYPE DE MESURE :

AIDES EN PLACE

Intervenants	Coordonnées	Aide(s) apportées	Fréquence
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SI SORTIE D'HOSPITALISATION :

ETABLISSEMENT : SERVICE :
DATE DE SORTIE PREVUE LE :

La personne concernée est informée de la demande Oui Non Non adapté

La personne a consenti au partage d'information Oui Non Non adapté

La personne a consenti à l'intervention du DAC Oui Non Non adapté



Descriptif de la situation / Antécédents / Démarches en cours
Niveau d'information de la personne et des proches concernant le diagnostic

Attentes / Objectifs de la demande d'appui

Autres précisions (Autres partenaires interpellés, points de vigilance particulier,...)

ENCART RESERVE AU DAC APPUI SANTE SOMME

DATE DE RÉCEPTION DE LA DEMANDE : MODE DE RÉCEPTION :
DEMANDE ENREGISTRÉE PAR : ATTRIBUÉE À :
Traitement de la demande : Information Orientation Appui à la coordination / VAD oui non