

DAPS-85 (Dispositif d'Appui aux Professionnels de Santé de Vendée) Immeuble Phoenix - 22, rue Benjamin Franklin 85000 LA ROCHE SUR YON Tél. 02 51 94 54 95 E-mail sécurisé : daps85@esantepdl.mssante.fr

FORMULAIRE DE SOLLICITATION 1/3

V1-maj21-02-17

	SOLLICITATION - Cadre réservé au DAPS-85					
de dossier : Date du contact : Horaire Sollicitation:						
Modalité de la sollicitation :						
Personne ayant fait le recueil :						
	EMETTEUR DE LA DEMANDE					
Professionnel de santé :	Dispositif/Structure :					
Autre :						
Name du daman daur i Name	Prénom du demandeur :					
Nom du demandeur : Nom	Nom du demandeur : Nom Prénom du demandeur :					
de l'établissement :	Téléphone :					
Commune :	E-mail :					
Commune :						
Heure de rappel souhaitée :	E-mail sécurisé :					
rieure de rapper souriaitée .	(yyy@xxx.mssante.fr)					
	Préférence de contact : E-mail	Téléphone				
	CONTEXTE DE LA DEMANDE					
Urgente (-4h ouvré)	Semi-urgente (sous 48h ouvré)	Non Urgente (+48h ouvré)				
Information/Conseil	Recherche spécialiste	Recherche services ou établissements				
illiothation/ conseil	necherche specialiste	médico-sociaux				
Commentaires :						
	MOTIF DE LA DEMANDE DE COORDINATION	prof. I :				
Maintien à domicile	Retour à domicile	PEC fin de vie				
Accès aux droits	Admission en structure	Difficulté d'intervention des soignants				
PEC pluridisciplinaire/coordination	Rupture ou soins médicaux insuffisants	- /				
Organisation du PPCS	Passages répétés aux urgences/	fréquentes (+2 en 6 mois), amaigrissement, troubles du				
	Hospitalisations répétées (+ 2 en 6 mois)	comportement)				
Autres : Commentaires :						
Audies. Commentalies.						
CONSENTEMENT DU PATIENT						
La personne est-elle informée de la demande et l'a-t-elle acce	ptée ? Oui Date : Non	1				
Consentement :						
	INFORMATIONS PATIENTS					
Nom:	Nom d'épouse :					
Prénom :						
Date de naissance : ou	Age: Sexe: F M					
		T41 .				
Adresse:		Tél. :				
CP: Commune:		E-mail:				
Nationalité :	Langue parlée : Français Autre :	:				
PERSONNE RESSOURCE						
Nom :	Prénom :					
Nature du lien :						
Totale du liel.						
Adresse :		Tél. :				
CP: Commune:		E-mail :				



DAPS-85 (Dispositif d'Appui aux Professionnels de Santé de Vendée) Immeuble Phoenix - 22, rue Benjamin Franklin 85000 LA ROCHE SUR YON Tél. <u>02 51 94 54 95</u> E-mail sécurisé : <u>daps85@esantepdl.mssante.fr</u>

FORMULAIRE DE SOLLICITATION 2/3

MODE DE VIE DU PATIENT							
Situation familiale :	Divorcé, V Précisez d	/euf => epuis quand :	Mode de vie :				
Type d'hébergement :	Autre :						
Situation professionnelle :	Précisez :						
Situation scolaire :	Autres situa	itions :	Animal de compagnie :	OUI NON			
SUIVI MEDICAL							
Médecin traitant :							
Suivi médical :							
Nom:		Prénom:					
Adresse:		Tel:	E-mail :				
PROTECTION JURIDIQUE							
Protection juridique :		Type de mesure :					
Nom mandataire:		Prénom mandataire:					
Structure:							
PRESTATIONS SOCIALES ET FINANCIERES							
APA (Allocation Personnalisée d'a		tribué En co	urs A	A prévoir			
		tribué En co		A prévoir			
PCH : Prestation de compensation du handicap: At		tribué En co	En cours A prévoir				
AAH (Allocation aux audultes handicapés): At		tribué En co	En cours A prévoir				
AEEH(Allocation d'éducation de l'enfant handicapé): Ati		tribué En co	urs A	A prévoir			
RSA (Revenu de solidarité active):		tribué En co	En cours A prévoir				
APL (Allocation personnalisé au logement) : At		tribué En co	En cours A prévoir				
Aide sociale:	Att	tribué En co	urs A	A prévoir			
Autres:							
AIDES HUMAINES ET COORDINATION DEJA EN PLACE							
STRUCTURE	COORDONNEES	TYPE D'INTERVENTION	FREQUENCE	EN PLACE DEPUIS			
SANTE							
Maladie cardio-vasculaire		Maladie neuro dégénérative Maladie psychiatrique					
Troubles sensoriels :		Diabète	Cancérologie				
Troubles nutritionnels :		Situation de handicap mental :					
Troubles addictifs :		Situation de handicap moteur :					
Troubles moteurs :	and the body of the state of th						
Symptômes physiques (essoufflement perte de l'équilibre)	Troubles psychiques					

Isolement géographique

Commentaires:

FORMULAIRE DE SOLLICITATION 3/3

AUTONOMIE AUTONOMIE FONCTIONNELLE Difficultés liées au transfert Difficultés liées à l'alimentation Difficultés liées à l'élimination Difficultés liées à l'habillage Perte d'autonomie dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) Difficultés liées à la toilette (Entretien du logement, course, préparation des repas.....) Difficultés liées aux déplacements extérieurs Difficultés liées aux déplacements intérieurs Commentaires: AUTONOMIE DECISIONNELLE Mise en danger de la personne par elle-même Vulnérabilité (financière, psychologique, sociale) Troubles cognitifs et/ou troubles relationels (repli sur soi-même) Difficultés liées à l'orientation Difficultés liées à la cohérence Commentaires: GIR (Du plus dépendant au moins dépendant) : **ENVIRONNEMENT DU PATIENT** NON PROFESSIONNEL Absence ou détérioration du lien familial (conflits familiaux ou conjugaux, déni de Épuisement et/ou souffrance de l'aidant la maladie, incompréhension de la maladie, interlocuteurs multiples, ...) Isolement (absence et/ou fragilité du lien social avec la Évolution de la vie sociale (décès d'un proche, rupture progressive ou brutale famille, l'entourage,) avec l'entourage, ...) Risque ou suspicion d'abus de faiblesse, de Frein linguistique et/ou culturel maltraitance, de négligence et/ou de vulnérabilité Difficulté de relation avec le voisinage Autre: Commentaires: PROFESSIONNEL Absence d'aide ou d'intervention professionnelle Refus ou mauvaise acceptation des aides Sentiment d'épuisement des professionnels Aides insuffisantes ou inadaptées Commentaires: Autres: ASPECTS ECONOMIQUES ET ADMINISTRATIFS Le patient bénéficie des droits suivants : Mutuelle Sécurité sociale AME CMU CSS (=CMUC) Titre de séjour Le patient ne bénéficie pas de droits : Commentaires: ASPECTS ECONOMIQUES ET ADMINISTRATIFS Dégradation dans l'entretien du logement Problème d'accessibilité au logement extérieur (encombré et/ou dégradé et/ou présence de nuisibles, animaux) Configuration et/ou aménagement intérieur inadapté Logement insalubre (dangereux pour la santé ou la sécurité des occupants, ou pour celle du voisinage)

Absence de moyen de communication