

**Votre patient.e dispose d'un suivi par l'un de ces dispositifs :**

- Le CRT (Centre de Ressources Territorial)
- Le DIVADOM (Dispositif Innovant de Vie à Domicile)
- L'HAD (Hospitalisation A Domicile)
- Un SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile)
- Une Equipe Médicale Mobile

***Dans la logique de subsidiarité, le DAPS-85 ne prendra pas en compte la demande.***

---

## ATTESTATION D'INFORMATIONS DONNEES AU PATIENT / A LA PERSONNE et de son consentement éclairé concernant l'accompagnement par le DAPS-85

---

**Je soussigné(e),** .....

Profession : .....

en charge du/de la patient.e / personne ci-dessous :

NOM de naissance ..... NOM d'usage : ..... Prénom : .....

Né(e) le ..... / ..... / ..... Ville de naissance : .....

Adresse .....

Code postal / Ville : .....

Coordonnées téléphoniques : .....

**Personne à contacter** si besoin :

NOM d'usage : ..... Prénom : .....

Nature du lien : .....

Adresse : .....

Code postal / Ville : .....

Coordonnées téléphoniques : .....

Mail : .....

**Certifie :**

- avoir informé le.a patient.e / personne qu'un accompagnement par le DAPS-85 sera réalisé afin d'améliorer son suivi.
- que le.a patient.e / personne a donné son consentement oral à la transmission d'informations le/la concernant.
- que le/la représentant.e légale a donné son consentement oral à la transmission d'informations concernant le.a patient.e / personne

Date : ..... / ..... / .....

Signature et/ou cachet :

---

**Attestation à retourner :**

- **Par courrier** à : DAPS-85 - Bâtiment F – Technopolis - 50, rue Jacques-Yves Cousteau 85000 LA ROCHE SUR YON
- **Par messagerie sécurisée** : [daps85@esantepdl.mssante.fr](mailto:daps85@esantepdl.mssante.fr)



## DESCRIPTION DE LA DEMANDE

### ENTOURAGE / AIDANT(S) (FAMILLE, AMIS, VOISINAGE, ...)

NOM Prénom / coordonnées tél / nature du lien :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### INTERVENANTS CONNUS

- Médecin traitant : NOM..... téléphone.....
- SAD : NOM..... téléphone.....
- SSIAD : NOM..... téléphone.....
- Service social : NOM..... téléphone.....
- IDEL : NOM..... téléphone.....
- Mesure de protection : NOM..... téléphone.....  
 Curatelle  Tutelle
- Autre : NOM..... téléphone.....

### DESCRIPTIF DE LA SITUATION ET DE LA DEMANDE

Depuis quand le patient est-il en rupture de parcours de santé ?

.....

.....

.....

Quelle est la problématique de santé ?

.....

.....

.....

Quels sont ses besoins ?

.....

.....

.....

Où est la rupture de parcours de soins ?

.....

.....

.....

