

Le/la personne 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)
- Une Equipe Médicale Mobile

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

Si vous êtes un professionnel d'un SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile), votre demande doit être validée en amont par votre direction.

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

Je soussigné(e),

Profession :

en charge de la **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 la personne qu'un appui à la coordination du parcours de santé par le DAPS-85 **d'une durée de 6 mois** sera réalisé afin d'améliorer son suivi.
- que la personne a donné son consentement oral à la transmission d'informations la concernant.
- que le/la représentant.e légale a donné son consentement oral à la transmission d'informations concernant la personne.

Date : / /

Signature et/ou cachet :

Attestation à retourner :

- **Par messagerie sécurisée** : daps85@esantepdl.mssante.fr (uniquement à partir d'une messagerie sécurisée)
- **Par messagerie** : contact@daps85.fr
- **Par courrier** à : DAPS-85 - Bâtiment F - Technopolis - 50, rue Jacques-Yves Cousteau 85000 LA ROCHE SUR YON



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 la personne est-elle en rupture de parcours de santé ?

.....

.....

.....

Quelle est la problématique de santé ?

.....

.....

.....

Quels sont ses besoins ?

.....

.....

.....

Où est la rupture de parcours de soins ?

.....

.....

.....

