

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

.....

.....

.....

