

Si le bénéficiaire dispose d'un suivi par un CRT (Centre de Ressources Territorial), par l'HAD (Hospitalisation A Domicile) ou par une Equipe Mobile de Médicalisation, le DAPS-85 ne pourra pas prendre en charge la demande par souci de subsidiarité.

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

IDENTITE DU SOLLICITANT :

Mme M. NOM Prénom
 Mail Téléphone
 Fonction Structure

IDENTITE DE LA PERSONNE A ACCOMPAGNER :

*Merci de renseigner les éléments d'identitovigilance correctement sans cela le dossier ne peut être créé.

Mme M. NOM d'usage Prénom*
 NOM de naissance* Ville de naissance*
 Date de naissance* Situation familiale
 Mail Téléphone
 Adresse complète

IDENTITE DU REPRESENTANT LEGAL (si nécessaire) :

Mme M. NOM d'usage Prénom*
 NOM de naissance* Ville de naissance*
 Date de naissance* Nature du lien
 Mail Téléphone
 Adresse complète

Une demande détaillée facilitera le travail des professionnels du DAPS-85.

Je fais appel au DAPS-85 pour une demande de :

Coordination du parcours de santé Sortie d'hospitalisation complexe Hébergement Temporaire d'Urgence (HTU)

ENTOURAGE / AIDANTS (FAMILLE, AMIS, VOISINAGE, ...)

Nom / Prénom de la personne à contacter EN PRIORITE	Coordonnées téléphoniques et/ou mail, ville	Nature du lien
Autres aidants et/ou entourage	Coordonnées téléphonique et/ou mail, ville	Nature du lien

INTERVENANTS CONNUS

Type de professionnel	Nom / Prénom	Coordonnées téléphoniques	Fréquence d'intervention
Médecin traitant			
SAD			
SSIAD			
IDEL			
Service social			

