

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'identité vigilance 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			

MESURE DE PROTECTION

Le bénéficiaire est sous mesure de protection :

Oui

Non

Demande en cours

Ne sait pas

Tutelle

Curatelle Renforcée

Curatelle simple

Habilitation familiale

Sauvegarde de Justice

Nom/Prénom du mandataire

Tel

Mail

ELEMENTS D'ALERTE CONSTATES

Sanitaire

Mauvaise/non observance du traitement
Variation du poids
Hospitalisations itératives
Maladie chronique
Chutes à répétition
Troubles de la marche
Troubles cognitifs
Troubles du comportement
Rupture ou risque de rupture de soins
Conduite addictive
Agressivité
Handicap physique
Altération de l'autonomie fonctionnelle
Altération de l'autonomie décisionnelle
Troubles sensoriels
Troubles du neurodéveloppement
Troubles psychiques
Autres (précision) :

Entourage/Aidants

Absence totale d'entourage/aidants - Isolement
Refus des aides par l'entourage/aidants
Epuisement de l'entourage/aidants
Difficultés rencontrées par l'entourage/aidants
Autres (précision) :

Informations supplémentaires sur l'environnement

Rupture ou risque de rupture d'accès aux droits
Difficulté dans la gestion administrative
Situation économique précaire
Logement inadapté, insalubre ou vétuste
Refus des aides de la part de la personne
Autres (précision) :

SOUHAITS ET ATTENTES CONCRETES DE NOTRE INTERVENTION

POUR UNE DEMANDE D'HEBERGEMENT TEMPORAIRE D'URGENCE (HTU)

Nom et prénom de l'aidant principal

L'aidant est : à domicile en attente d'hospitalisation
hospitalisé en date du

décédé en date du
dans quel lieu/service

MERCI DE SIGNER LA PARTIE A OU B EN FONCTION DE LA SITUATION

Date de la demande

A/ si vous êtes un professionnel

B/ si vous êtes la personne à accompagner
ou son représentant légal

A/ Le professionnel demandeur certifie :

avoir informé la personne qu'un appui à la coordination du parcours de santé par le DAPS-85 sera réalisé afin d'améliorer son suivi.

que la personne à accompagner ou son représentante légale a donné son consentement oral à la transmission d'informations concernant celui-ci.

que la personne aidée n'est pas en mesure de donner son consentement.

SIGNATURE :

B/ La personne à accompagner ou son représentant légal accepte :

que les professionnels médicaux, sociaux et paramédicaux ainsi que les organismes et/ou prestataires de services prenant en charge la personne à accompagner puissent s'échanger les informations nécessaires et pertinentes le concernant selon les modalités précisées ci-dessus.

Je confirme avoir été dûment informée des conditions de transmission de ces informations.

SIGNATURE :