FORMULAIRE DE SOLLICITATION
ATTESTATION DE CONSENTEMENT

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 SIGNE :
- 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			

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) :

DESCRIPTION DE LA SITUATION

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 ☐ décédé en date du

☐ hospitalisé en date du dans quel lieu/service

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

A/ si vous êtes un professionnel

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

Date de la demande

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 représentant.e légal.e 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.

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 obligatoire :