



## FICHE DE DEMANDE D'APPUI INDIVIDUEL

Date d'envoi de la demande :

### IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Nom :  Prénom :

Lieu d'exercice (structure/service) :

Adresse :

Tél :  Portable :  Fax :

Mail professionnel :

Moyen de communication souhaité :  Tél  Portable  Fax  Mail  Courrier postal

Meilleur(s) moment (s) pour vous joindre :

### IDENTITÉ DU MÉDECIN TRAITANT (si différent du demandeur)

Nom :  Prénom :

Adresse :

CP Ville:

Tél :  Portable :  Fax :

Le médecin a-t-il été informé de cette démarche de demande d'appui ?  Oui  Non

A-t-il donné son accord ?  Oui  Non

### IDENTITÉ DE LA PERSONNE

Nom :  Prénom :

Nom de jeune fille :  Date de naissance :  Age :

Adresse :

Complément adresse (bâtiment, étage, ...)

CP Ville :

Tél :  Portable :  Mail :

La personne a-t-elle été informée de cette demande d'appui ?  Oui  Non

A-t-elle donné son accord ?  Oui  Non **Son accord est indispensable à l'intervention du DAC**

Lieu actuel de prise en charge :  Domicile  Autre

### FAMILLE / ENTOURAGE / RÉFÉRENT/ PERSONNE RESSOURCE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE / PERSONNE DE CONFIANCE

Nom :  Prénom :  Lien :

Coordonnées :

Si mesure de protection, Mandataire : Nom :  Tél :

**Autres professionnels impliqués connus :**

Types de professionnels	Coordonnées (Nom, Adresse, Téléphone)

**Situation/problématique actuelle :**

**Démarches en cours :**

**Motifs et attentes de la demande** (possibilité de joindre des documents complémentaires : rapports sociaux, médicaux ...)

**Antécédents médicaux**