



FICHE DE DEMANDE D'APPUI INDIVIDUEL

Date d'envoi de la demande :

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Nom :

Prénom :

Lieu d'exercice (structure/service) :

Fonction :

Adresse :

Tél :

Portable :

Fax :

Mail professionnel :

Moyen de communication souhaité : ☐ Tél ☐ Portable ☐ Fax ☐ Mail ☐ Courrier postal

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

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

Toutefois le DAC travaille le refus de la personne

Lieu actuel de prise en charge : ☐ Domicile ☐ Autre

IDENTITÉ DE LA PERSONNE

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Age :

Adresse :

Complément adresse (bâtiment, étage, ...)

CP Ville :

Tél :

Portable :

Mail :

Nécessité d'une visite à domicile à 2 (Notion de dangerosité) ☐ Oui ☐ Non

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

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