**Motifs de la demande d’appui :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Eléments de complexité de la situation** | **Besoins et interventions du DAC souhaitées** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Identité de l’usager :**

**Nom/prénom** :

**Date naissance** : …………………………. **Téléphone** :

**Lieu de vie lors de la demande** :  Domicile / Etablissement ou structure d’hébergement

**Adresse** :

**L’usager et/ou son représentant légal est informé et consent au partage d’information** : oui/ non

**Demandeur : Nom/Prénom :**  Téléphone :

**Fonction/ Structure :**

**Médecin traitant :**

Médecin traitant est le demandeur

Médecin traitant connu (autre que le demandeur), informé : oui / non

Nom/prénom/coordonnées :

Médecin traitant non connu

Pas de médecin traitant

**Équipe de soins / intervenants :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fonction / Structure** | **Nom** | **Prénom** | **Coordonnées** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Entourage de l’usager :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lien /Parenté** | **Nom** | **Prénom** | **Coordonnées** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Cadre réservé au DAC**

Date de la demande : ………………………… Saisie par : ……………………………………………..

Orientation / Référent d’appui : …………………………………………………………………………………………………