**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 : …………………………………………………………………………………………………