

FICHE 1^{ER} CONTACT

Merci d'envoyer cette demande par fax au 01 60 72 03 25 ou contactez-nous au 01 60 71 05 93

contact@dac77sud.mssante.fr ou à contact@dac77sud.fr

N°

Binôme :

Date du signalement :

Par :

Heure :

Mode de signalement : Téléphone – Email – Fax – RDV au pôle – Sans RDV au pôle

ORIGINE DE LA DEMANDE

Prénom et Nom :

Fonction/Structure :

Coordonnées :

Email :

Sur conseils de :

PERSONNE CONCERNEE



Nom :



Nom de naissance :



Prénom :



Date de naissance :



Lieu de naissance :

Adresse :

Bat :

Etage :

Code :

Téléphone :

Vit : Seule Avec entourage : _____

Patient informé de la demande (obligatoire)

 : critères obligatoires Santélien

PERSONNE RESSOURCE

Nom et prénom :

Lien :

Adresse :

Email :

Coordonnées :

Informée de la demande

CERCLE DE SOINS

MEDECIN TRAITANT

Docteur

Ville :

Téléphone :

Mail :

Accord : Oui Non

Date :

Mesure de protection juridique : Oui Non Ne sait pas En cours

Exercée par : _____

| Nom de la structure / Service | Nom du professionnel | Commune | Téléphone(s) / Fax | Mail | Précision |
|-------------------------------|----------------------|---------|--------------------|------|-----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

PROBLEMATIQUE DE SANTE

Oncologie

Soins Palliatifs

Gérontologie

Autres problématiques de santé (Préciser) _____

PATHOLOGIE(S) PRINCIPALE(S), ANTECEDENTS ET TRAITEMENTS

Envoyez-nous les éléments médicaux sur notre messagerie sécurisée de santé : contact@dac77sud.mssante.fr

ETAT CLINIQUE

MODE DE VIE / ENVIRONNEMENT

AUTONOMIE / AIDES EN PLACE

Caisse de retraite APA MDPH

Aides en place : _____

Autres : _____

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

MOTIF DE LA DEMANDE/POINTS D'INQUIETUDES

Comptes rendus hospitaliers : Joint à la demande A récupérer

Ets Sanitaire/Service ou récupérer les CR : _____

Proposition de binôme (partie réservée au DAC) :