

Date : \_\_\_\_\_ Voie d'adressage : \_\_\_\_\_

Émetteur de la sollicitation : \_\_\_\_\_

Coordonnées de l'émetteur : \_\_\_\_\_

Etablissement : \_\_\_\_\_

Unité/service : \_\_\_\_\_

Sortie d'hospitalisation :  Non  Oui

(inférieure ou égale à 3 mois)

Personne concernée

<b>Nom :</b>		<b>Sexe :</b>	<input type="checkbox"/> Homme
<b>Nom de jeune fille :</b>			<input type="checkbox"/> Femme
<b>Prénom :</b>		<b>Date de Naissance :</b>	
<b>Adresse :</b>			
<b>Téléphone :</b>			

Informations (médicales, sociales ou psychologiques,  
pathologies, traitements...) pertinentes pour la prise en charge  
***Merci de joindre les comptes rendus médicaux***

## En quoi le DAC peut vous aider ?

--

DANGEROUSITE AU DOMICILE :  Non  Oui (à préciser) \_\_\_\_\_

## Personne(s) à contacter

<b>Nom-Prénom :</b>		
<b>Lien de parenté :</b>		
<b>Téléphone :</b>		

## Médecin traitant / Infirmier à domicile

	Médecin traitant	Infirmier à domicile
<b>Nom-Prénom :</b>		
<b>Ville :</b>		
<b>Téléphone :</b>		

## Cadre réservé au DAC Artois

Demande réceptionnée par \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Type et thématique de la sollicitation :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Information                                 | <input type="checkbox"/> Orientation  |
| <input type="checkbox"/> Expertise gériatrique/EGED                  | <input type="checkbox"/> Expertise en soins palliatifs (dont fin de vie)              |
| <input type="checkbox"/> Appui à la coordination : Gériatrie         | <input type="checkbox"/> Appui à la coordination : Soins palliatifs (dont fin de vie) |
| <input type="checkbox"/> Appui à la coordination : Addiction         | <input type="checkbox"/> Appui à la coordination : Aidant                             |
| <input type="checkbox"/> Appui à la coordination : Handicap          | <input type="checkbox"/> Appui à la coordination : Santé mentale                      |
| <input type="checkbox"/> Appui à la coordination : Maladie chronique | <input type="checkbox"/> Appui à la coordination : Pédiatrie                          |
| <input type="checkbox"/> Appui à la coordination : Précarité         | <input type="checkbox"/> Appui à la coordination : Cancer                             |

**Demande à prioriser :**  Non  Oui