



DAC Artois
Dispositif d'appui
à la **coordination**

Fiche de sollicitation

Fax : 03.21.209.220 / Tél. : 03.21.200.800

Courriel : contact@appuisanteartois.fr

EGED
BÉTHUNE - BRUAY

Équipe Gériatrique
d'Expertise du Domicile

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

Nom :		Sexe :	☐ Homme
Nom de jeune fille :			☐ Femme
Prénom :		Date de Naissance :	
Adresse :			
Téléphone :			

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

Nom-Prénom :		
Lien de parenté :		
Téléphone :		

Médecin traitant / Infirmier à domicile

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

Cadre réservé au DAC Artois

Demande réceptionnée par _____, le _____

Type et thématique de la sollicitation :

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

Demande à prioriser :

☐ Non

☐ Oui