

FICHE DE SOLICITATION

Réservée à l'usage des professionnels



DATE DE LA DEMANDE :/...../.....

PROFESSIONNEL REQUERANT

NOM :

PRENOM :

TYPE DE PROFESSIONNEL :

STRUCTURE :

TELEPHONE :

MAIL :

Utilisez-vous l'outil de coordination SPICO¹ ?

Oui

Non

SITUATION ET PROBLEMATIQUE(S)

(Préciser l'état actuel de la situation et les problématiques rencontrées) :

COCHER LES DIFFICULTES REPÉRÉES :

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chute | <input type="checkbox"/> Logement | <input type="checkbox"/> Agressivité |
| <input type="checkbox"/> Fugue/déambulation | <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs | <input type="checkbox"/> Conflits |
| <input type="checkbox"/> Abus de faiblesse | <input type="checkbox"/> Troubles de la nutrition | <input type="checkbox"/> Précarité |
| <input type="checkbox"/> Démarches administratives | <input type="checkbox"/> Refus de soins | |
| <input type="checkbox"/> Difficultés financières | <input type="checkbox"/> Difficultés d'accès aux soins | |
| <input type="checkbox"/> Autres : | | |

PERSONNE CONCERNÉE

◆ IDENTITE DE LA PERSONNE CONCERNÉE (mentions obligatoires *)

L'identité du patient a-t-elle été vérifiée à l'aide d'une pièce d'identité ?² Oui Non

NOM*

PRENOM*

NOM DE NAISSANCE*

DATE ET LIEU DE NAISSANCE*

ADRESSE

TEL.

MAIL

◆ PERSONNE RESSOURCE

NOM :

PRENOM :

TEL :

NATURE DU LIEN (famille, voisin, ami, entourage...) :

◆ LIEU ET MODE DE VIE LORS DE LA DEMANDE

Etablissement (préciser) :

Domicile

Seule

Avec entourage non-aidant

Avec entourage

¹ Outil informatique permettant de simplifier et sécuriser les échanges d'informations et la coordination des parcours de santé.

² Carte d'identité, passeport, livret de famille / extrait de l'acte de naissance pour les mineurs avec vérification de l'identité d'un des parents ou du tuteur légal.

CONSENTEMENT – ACCORD

- La personne est informée de la demande
 La personne a consenti au partage d'information entre les professionnels de soin et à la création d'un dossier informatisé (SPICO)
- Si non, pourquoi ? Refus Incapacité Mineur Tutelle Autre :

PROFESSIONNELS INTERVENANTS

(Indiquer dans le tableau suivant l'ensemble des intervenants et des structures d'accueil)

Type de professionnel	Nom et prénom	Coord. Tel/mail	Nature et fréquence de l'intervention
Médecin traitant			
Infirmier/CDS			
SSIAD			
Service d'aide à domicile			
Mandataire			
Médecin spécialiste			
Structure (Accueil de jour, CMP, ESAT...)			
Autres : kiné, ergo...			

AIDES EXISTANTES (financières et/ou matérielles) ET DOSSIERS EN COURS (APA, MDPH, FSL...)

Préciser :

SOUHAITS ET ATTENTES DU DEMANDEUR

Fiche de sollicitation contenant des données sensibles à adresser au DAC 48 en privilégiant l'envoi sécurisé via SPICO Discussion ou Medimail ou par voie postale à l'adresse : DAC 48 – 5 rue des carmes– 48000 MENDE

Pour tous renseignements supplémentaires, vous pouvez également nous contacter par téléphone au **04.48.53.00.15** ou par mail à l'adresse suivante contact@dac48.fr

Les informations recueillies dans ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique par le Dispositif d'Appui à la Coordination de la Lozère. Le DAC est un dispositif qui œuvre à associer tous les professionnels engagés dans l'accompagnement de tout public, tout âge, toute pathologie. Il est le responsable du traitement qui relève du code de la santé publique (art L6227-2) dont la finalité est d'apporter une réponse à votre sollicitation. Sous réserve d'une demande de suppression, les données collectées seront conservées pendant toute la durée nécessaire à la demande d'appui. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données 2016/679 (RGPD) et à la Loi Informatique et Libertés n°78-17 modifiée, vous disposez durant la durée du traitement d'un droit d'opposition, d'accès, de rectification, d'effacement, d'un droit à la portabilité de vos données et d'un droit à la limitation de traitement. Vous pouvez exercer ces droits, en justifiant de votre identité, en écrivant à l'adresse électronique contact@dac48.fr et en indiquant en objet : « exercice des droits informatiques et libertés ». Si vous estimatez, après nous avoir contactés, que vos droits « informatiques et libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL sur www.cnil.fr