



# FORMULAIRE D'ORIENTATION

## DAC EN SANTE CENTRE MANCHE

### Emetteur de la demande

NOM Prénom :	Date de la demande :
Fonction/Profession :	
Adresse :	
Mail :	
Téléphone :	

### Identité de la personne concernée

Nom :	Prénom :
Sexe :	Age :
Date de naissance :	Situation familiale :
Adresse :	Téléphone :

### Médecin traitant

NOM Prénom :	
Commune d'exercice :	Téléphone :

### Consentement

Consentement de la personne pour une évaluation DAC : <i>*Obligatoire pour l'accompagnement DAC</i>	Date :
Consentement du médecin traitant :	Date :

### Entourage

Nom, prénom, lien, rôle et coordonnées :	
---	--

### Intervenants

Intervenant	Type d'intervention	Fréquence	En place depuis

### Description de la demande (contexte, difficultés, historique, solutions déjà essayées...)



**Santé** (Antécédents, hospitalisations, autonomie, souffrance psychique/physique, troubles du comportement...)

**Environnement Social et Familial** (aidant(s), isolement, activités, relations...)

**Administratif et financier** (droits ouverts, vulnérabilité, mesure de protection...)

**Habitat** (Logement adapté, sécurité...)

**Souhaits et besoins exprimés**

Du demandeur	De la personne concernée	De ou des aidant(s)

**A remplir par l'équipe DAC en Santé Centre Manche**

<b>NOM Prénom du récepteur de la demande :</b>		<b>Date de réception :</b>	
<b>Mission 1</b>		<b>Mission 2 :</b>	
<b>Orientation(s) / solution(s) apportée(s) :</b>		<b>Coordinateur de parcours référent :</b>	
		<b>Accord du médecin traitant :</b>	
		<b>Date de l'évaluation à domicile :</b>	
		<b>Actions préconisées après évaluation :</b>	
<b>Date :</b>			