



## FICHE D'ORIENTATION DAC 23 - 87

**Maintien à domicile impossible**

**Maintien à domicile précaire**

**Demande d'alternative au maintien à domicile (hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation...)**

**Sécurisation du retour à domicile après la sortie d'hospitalisation**

**Autre(s) situation(s) complexe(s) (à préciser) :**

### PRECISION(S) :

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Absence d'aidants           | <input type="checkbox"/> Passages récurrents aux urgences          | <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs      |
| <input type="checkbox"/> Absence d'aides/soins       | <input type="checkbox"/> Difficultés à gérer son parcours de santé | <input type="checkbox"/> Pathologies chroniques  |
| <input type="checkbox"/> Absence de médecin traitant | <input type="checkbox"/> Patient en situation de précarité         | <input type="checkbox"/> Troubles psychiatriques |
| <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :         |  |  |

Le patient est informé de l'orientation vers le DAC et ne s'y oppose pas

Le patient est informé du traitement de ses données personnelles et ne s'y oppose pas

### IDENTITE DU DEMANDEUR

Professionnel  Patient  Aidant (lien) :

Nom et prénom :

Fonction/Service :

Tél :

Mail :

Adresse :

### Si le demandeur n'est pas le médecin traitant :

Le médecin traitant est informé de la demande :  Oui  Non

Nom du médecin traitant :

Tél :

Mail :

### IDENTITE DU PATIENT

Homme  Femme

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom(s) :

Date/Lieu de naissance :

Adresse :

Tél :

Mail :

N° matricule INS : \_ \_ \_ \_ \_

Mesure de protection :  Oui  Non

Nom et contact du MJPM :

### IDENTITE PERSONNE RESSOURCE

Nom :

Prénom :

Lien :

Tél :



## ANTECEDENTS MEDICAUX CONNUS

## SUIVI MEDICAL

Médecins spécialistes/Suivis spécialisés :

Autres (examens à prévoir - joindre ordonnance) :

## AIDES ET SOINS A DOMICILE (IDE, kiné, SSIAD, SAAD, suivi social, portage de repas, pharmacien...)

Existants :

A mettre en place :

## AUTRES INFORMATIONS (Environnement social et familial, autonomie, difficultés...)

### Fiche à nous transmettre :

- Par messagerie sécurisée à [dac-87@na-mssante.fr](mailto:dac-87@na-mssante.fr) ou [dac-23@na-mssante.fr](mailto:dac-23@na-mssante.fr)
- Par voie postale à

Association Parcours territoire autonomie  
Dispositifs d'appui à la Coordination de Creuse et Haute-Vienne  
4 avenue de la Révolution – CS 90327  
87009 LIMOGES CEDEX



Un contact unique

0809 109 109

prix d'un appel local

Du lundi au jeudi de 8h30 à 18h  
et le vendredi de 8h30 à 17h

Service gratuit

