



### FICHE DE SOLLICITATION

Dispositif d'Appui à la Coordination des parcours complexes (D.A.C) Guadeloupe et Îles du Sud

Fiche à nous transmettre :

- Pour tous les professionnels de santé à [dac@gipraspeg.mssante.fr](mailto:dac@gipraspeg.mssante.fr)
- Pour tout autre demandeur à [dac@gip-raspeg.fr](mailto:dac@gip-raspeg.fr)
- Ou par courrier postal au **GIP-RASPEG : Immeuble le Squale – Houëlbourg Sud II – Jarry – 97122 BAIE MAHAULT**

<input type="checkbox"/> <b>Situation complexe</b> Toute personne, toute pathologie, sans critère d'âge, en situation perçue comme complexe	<input type="checkbox"/> <b>Éducation Thérapeutique du patient</b> Toute personne, toute pathologie, sans critère d'âge	<input type="checkbox"/> <b>Sécurisation du retour à domicile après la sortie d'hospitalisation</b>	<input type="checkbox"/> <b>Programme de suivi de l'enfant en situation de surpoids et/ou d'obésité (DIPPOP)</b>
--	--	---	--

Fiche réceptionnée le :    /    /20  
 (cadre réservé au DAC)

- La personne est informée de la demande  
 La personne a consenti au partage d'informations

**IDENTITÉ DU DEMANDEUR :**

Professionnel     Usager     Aidant (lien) : .....

Nom et prénom : ..... Fonction/service : .....

Tél : ..... Mail : .....

Adresse : .....

Si professionnel : Utilisez-vous MS SANTE ?     Oui     Non

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

Le médecin traitant est-il informé de la demande ? :     Oui     Non

Nom du Médecin traitant : .....

Tél : ..... Mail : .....

**IDENTITÉ DE L'USAGER :**     Femme     Homme     Enfant

Nom d'usage : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

Numéro de SS : .....

Tél : ..... Mail : .....

**PERSONNE À CONTACTER :**     Aidant     Personne de confiance     Responsable légal     Tuteur

Nom et prénom : ..... Lien : .....

Adresse : .....

Tél : ..... Mail : .....

**MOTIF DE LA SOLLICITATION**

Information, conseil, orientation     Appui à la coordination d'un parcours de santé

Animation territoriale

**Précisions et contexte de la demande :** .....

.....

.....

.....

.....

**Antécédents médicaux :** .....

.....

.....

.....

**RENSEIGNER LES ÉLÉMENTS D'ALERTE CONSTATÉS**

**Environnement familial et relationnel**

- Épuisement et/ou incapacité de l'aidant/ Absence d'aidant
- Isolement social
- Problématiques familiales
- Difficultés de communication
- Difficultés à exprimer ses souhaits, ses besoins
- Difficultés à prendre ses décisions
- Autres : .....

**Habitat**

- Problème d'accessibilité au logement
- Isolement géographique
- Logement inadapté, vétuste ou insalubre
- Sans domicile fixe
- Expulsion ou procédure d'expulsion en cours
- Autres : .....

**Santé (physique et psychologique)**

- Pathologie(s) chronique(s) : .....
- Handicap
- Conduites addictives
- Altération de l'état général
- Troubles cognitifs ou du comportement
- Hospitalisations répétées
- Absence de suivi médical
- Refus des aides
- Refus de soins
- Autres : .....

**Vie quotidienne**

- Difficultés pour :
- La toilette
  - L'habillage
  - Les repas
  - Les courses
  - La mobilité
  - Autres : .....

**Administratifs et finances :**

- Difficultés pour la gestion financière
- Difficultés dans la gestion administrative
- Précarité financière
- Ouverture de droits
- Autres : .....

**Prise en charge spécifique**

- Diététique
- Psychologique
- Ostéopathique
- Aide à domicile
- Aide à l'hébergement (patient(e) des Îles du Sud)
- Prise en charge médicamenteuse dans le cadre de l'addiction (dérogatoire à la sécurité sociale)
- Entrée en Hébergement Temporaire de Secours (HTS)

**L'utilisateur souhaite-t-il intégrer un (ou des) programme d'ETP ?**

- Diabète
- Troubles du sommeil – SAHOS
- Troubles respiratoires – Asthme
- Patient sous anticoagulant
- HTA
- Thérapeutique
- Automesure

**Si vous souhaitez un accompagnement pour un enfant en situation d'obésité (DIPPOP), merci de renseigner les informations suivantes : Poids :..... kg Taille : ....m..... (IMC : .....kg/m<sup>2</sup>)**

<p>Signature de l'<b>usager</b>, du <b>représentant légal</b>, de la <b>personne référente</b> ou de l'<b>aidant</b> (Mention à recueillir)</p>	<p>Signature du <b>demandeur</b> (Mention obligatoire)</p>	<p>Cachet et Signature du <b>Médecin Traitant</b> pour la validation de l'accompagnement : (Mention à recueillir)</p>
Fait le : / /20	Fait le : / /20	Fait le : / /20