

## FICHE D'ORIENTATION

A envoyer au DAC du lieu de résidence de la personne concernée :



Territoire Ouest 83	Territoire Est 83
DAC Var Ouest <a href="mailto:contact@dac-varouest.fr">contact@dac-varouest.fr</a> 04 94 35 32 01	DAC Var Est <a href="mailto:contact@ctavarest.fr">contact@ctavarest.fr</a> 04 94 47 02 02



Toute demande implique que la personne orientée ait été informée du partage d'informations avec le DAC et ne soit pas, opposée à cette démarche. Le DAC s'assurera du consentement de la personne tout au long de son accompagnement

### ADRESSEUR :

Structure : Service : Date de la demande :  
Nom : Prénom :  
Téléphone : Mail :

### PERSONNE MAJEURE CONCERNÉE :

Nom d'usage : Nom de naissance :  
Prénoms de naissance : Sexe :  
Date de naissance : Commune de naissance : Téléphone :  
Adresse :  
Commentaires : (habitudes de vie, digicode, boîte à clés...)

Personne vivant seule :  Oui  Non Commentaires :  
Où se trouve la personne au moment de la sollicitation :  A domicile  En établissement  
Si oui, type de structure :  
Autre : Date de sortie envisagée :

### DETAILS DE LA DEMANDE :

Description factuelle de la situation :

Actions / démarches entreprises par l'adresseur :

Attentes vis-à-vis du DAC :

APA: GIR : N° de dossier : MDPH: N° de dossier :

**CERCLE DE SOINS (professionnels et entourage) :**

	Nom / Prénom	Téléphone	E-mail
Famille / Aidant			
Mesure de protection			
Médecin traitant			
Médecin(s) spécialiste(s)			
Infirmier			
SSIAD / HAD			
Aides à domicile / SAAD			
ESA / EMPSA / EMGEH			
Soins palliatifs			
Pharmacien			
Kinésithérapeute			
Portage de repas			
Téléalarme			
Référent social			
Autre			

**ALERTES REPEREES****AUTONOMIE FONCTIONNELLE :**

- Problème(s) lié(s) aux actes essentiels de la vie (se nourrir, se vêtir, se laver, se déplacer.)  
 Problème(s) lié(s) dans les activités de la vie domestiques (courses, ménages, préparation des repas, des médicaments)

**SANTE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE**

- Pathologie(s) chronique(s) ou évolutive(s)  
 Problèmes d'autonomie décisionnelle (troubles de la mémoire, risque d'abus de faiblesse)  
 Troubles cognitifs  
 Troubles du comportement (déambule, risque de fugue, agressivité)  
 Conduites addictives  
 Prise de médicaments >5  
 Troubles psychiatriques / psychiques  
 Troubles sensoriels  
 Risque de chute  
 Hospitalisation  
 Si oui, date et motif :  
 Autres

**ENVIRONNEMENT : SOCIAL ET FAMILIAL**

- Isolement social ou familial, rupture des liens  
 Epuisement, absence, indisponibilité de l'aidant  
 Epuisement professionnel

**ENVIRONNEMENT : ECONOMIQUES / ADMINISTRATIFS**

- Difficultés à la gestion administrative et financière  
 Risque de précarité  
 Dettes / Impayés  
 Perte / Difficultés d'accès au droit

**ENVIRONNEMENT : HABITAT**

- Logement inadapté, problème d'accessibilité, isolement géographique  
 Incurie, encombrement, insalubrité  
 Autre

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, les personnes concernées bénéficient d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui les concernent qu'elles peuvent exercer en s'adressant au responsable. Elles peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données les concernant.