

# FICHE D'ORIENTATION DAC DU VAR



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

**DAC VAR OUEST**  
**contact@dac-varouest.fr**  
**04 94 35 32 01**

**DAC VAR EST**  
**contact@dac-varest.fr**  
**04 94 47 02 02**



*Il est de la responsabilité de l'orienteur de s'assurer du consentement de la personne à la prise en charge de sa situation par le DAC. Le DAC s'assurera du consentement au partage d'information tout au long de son accompagnement.*

## ADRESSEUR :

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

## PERSONNE MAJEURE CONCERNÉE\* :

**\*Informations nécessaires pour la bonne prise en compte de la demande - merci de votre compréhension**

Nom d'usage\* : Nom de naissance\* :  
Prénoms de naissance\* : Sexe\* :  
Date de naissance\* : Commune de naissance\* :  
Adresse complète \* (n° rue, commune, code postal) :  
Téléphone\* :

Commentaires : ( habitude 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

Autres :

Date de sortie envisagée :

Si oui, Type de structure

## DÉTAILS DE LA DEMANDE

APA : GIR : N° Dossier : MDPH : N° Dossier : ALD :

Description factuelle de la situation :

Actions/Démarches entreprises par l'adresseur :

Attentes vis à vis du DAC :

CERCLE DE SOINS (Professionnels et entourage) :			
	Nom / Prénom	Téléphone	E-mail
Famille/Aidant Lien (à préciser) :			
Mesure de protection			
Médecin traitant			
Médecin(s) spécialiste(s)			
Infirmier			
SSIAD / HAD			
Aides à domicile / SAAD			
Soins palliatifs			
Pharmacien			
Kinésithérapeute			
Portage de repas			
Téléalarme			
Référent social			
Autre			

ALERTES REPÉRÉES

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 de la nutrition, perte de poids

☐ Troubles sensoriels

☐ Risque de chute

☐ Hospitalisation (récente, en urgence)

☐ Si oui date et motif :

☐ Autre :

ENVIRONNEMENT : SOCIAL ET FAMILIAL

☐ Isolement social ou familial, ruptures 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 06 janvier 1978 modifiées en 2004, les personnes concernées bénéficient d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concernent qu'elles peuvent exercer en s'adressant au responsable du traitement des données de chaque DAC. Elles peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données les concernant.