

## \* CONSENTEMENT

La personne concernée ou son représentant :

est informé(e) de cette demande d'orientation (**RAPPEL : la personne doit être informée de votre démarche**) :

- a donné son consentement à la prise en charge en appui au parcours coordonné DAC :  OUI  NON
- a donné son consentement pour l'échange d'informations entre professionnels sur la situation via les outils numériques :  OUI  NON  Autre.....
- Besoin(s) exprimés par la personne concernée
- Besoin(s) exprimés par l'entourage
- Besoin(s) exprimés par les professionnels

## \* EMETTEUR DE LA DEMANDE

### DATE DE LA DEMANDE :

- Demande formulée par :  Personne concernée  Famille  Entourage  Professionnel
- Nom et Prénoms :
- Lien/fonction :
- Mail/Mss :
- Coordonnées téléphoniques : Fixe : GSM 1 :
- Mode de contact privilégié :  Téléphone  Mail - MSS

## \* PERSONNE CONCERNEE

- Civilité :  Masculin  Féminin  Non genré
- **Nom de naissance** : Nom d'usage : N° SS :
- **Prénoms** :
- Date de naissance : Lieu de naissance :
- Adresse : Commune :
- Coordonnées téléphoniques : Fixe : GSM : Mail :
- La personne a contacter est :
- Consignes particulière pour la prise de contact :  
(indiquer par exemple si la personne est malentendante ou préciser des horaires d'appel ou de visite si la personne n'a pas de téléphone, etc...)
- Vit :  Seul(e)  En famille  Avec un conjoint  Avec entourage : lien :
- La personne est :  Marié(e)  Divorcée  Veuve  Célibataire
- Nombre d'enfants :

### PERSONNE RESSOURCE ou AIDANT PRINCIPAL

- Nom et prénoms :
- Nature du lien avec la personne :
- Adresse : Commune :
- Coordonnées téléphoniques : GSM : Mail :

## MEDECIN TRAITANT

- La personne concernée a un médecin traitant :  OUI  NON  Ne sait pas
- Le médecin traitant est informé de la demande :  OUI  NON  Ne sait pas
- Nom et Prénom : Adresse :
- Coordonnées téléphoniques : Fixe : GSM : Mail - MSS :

## \* AUTRES SERVICES OU PROFESSIONNELS / EQUIPE DE PRISE EN CHARGE ( Idel, Kiné, SSIAD, Médecins spécialistes, CMP, SAD....)

Type de service/ professionnel	Nom de la structure	Nom du professionnel	Commune	Téléphone	Mail / MSS

## MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

- Une mesure de protection juridique est en place :  OUI  NON  En cours  Ne sait pas
- Si oui, exercée par qui :  Mandataire  Familial
- Nom, Prénom : Structure :
- Téléphone : Mail - MSS :

## DROITS OUVERTS

- PCH :  RSA :  ASPA  GIR Préciser :  APA : Nombre d'heures : .....  
Service prestataire : .....
- Notification MDPH : Service mandataire : .....
- OUI  NON  Ne sait pas
- Si oui date de la notification :

**CONTEXTE DE LA DEMANDE**

\*  
 Merci de décrire le contexte de sollicitation et de joindre un compte-rendu permettant de cerner au mieux les problématiques et la demande :

\* Objectifs d'intervention du DAC :

**ALERTES SANTE**

- Polypathologie à préciser : .....
- Difficultés comportementales impactant le parcours :
  - Troubles du comportement (agitation, agressivité...)
  - Compréhension /troubles cognitifs (mémoire, DTS...)
  - Adhésion
  - Illettrisme
- Suivi médical absent ou irrégulier
- Troubles somatiques (nutritionnels, sensoriels...)
- Troubles psychoaffectifs (anxiété, dépression...)
- Troubles psychiatriques (hallucinations, idées délirantes,apathie....)
- Addiction
- Altération de l'état général (grabatisation)
- Chutes fréquentes (+ de 2 dans les derniers mois)
- Hospitalisations répétées (+ de 2 dans les 6 derniers mois)
- Maladie chronique : Laquelle .....
- Autres : .....

**ENVIRONNEMENT HUMAIN**

- Epuisement de l'aidant familial
- Refus d'aides et de soins par l'entourage
- Isolement socio familial
- Changement brutal de contexte de vie (rupture progressive ou brutale, décès d'un proche, déménagement...)
- Risques ou suspicion d'abus de faiblesse, de maltraitance et/ou de vulnérabilité.
- Problématiques familiales compromettant le maintien à domicile (conflits familiaux ou conjugaux, déni de la maladie, interlocuteurs multiples...)
- Absence d'aide ou d'interventions de professionnels
- Epuisement des professionnels
- Manque de coordination entre les professionnels
- Autres : .....

**AUTONOMIE**

- Difficultés dans les actes de la vie quotidienne (AVQ) (se laver, se vêtir...)
- Difficultés dans les AVQ Instrumentale (AIVQ) (ménage, courses...)
- Difficultés dans les activités personnelles et de loisirs
- Refus d'aide ou de soins par la personne
- Autres : .....

**HABITAT / SECURITE / SOCIAL**

- Logement inadapté
- Problèmes d'accessibilité
- Insalubrité (vétusté, encombrement, présence de nuisibles)
- Comportements à risque (négligence dans l'utilisation du gaz, conduite automobile non sécurisée, mise en danger...)
- Risque d'expulsion / mesure d'expulsion en cours / sans logement
- Absence de moyens de communication
- Isolement géographique
- Difficultés de relations avec le voisinage
- Attente de structure adaptée
- Problématique sociale, à préciser : .....
- Autres : .....

**ASPECTS ECONOMIQUES ET ADMINISTRATIFS**

- Droits communs non ouverts (SS, mutuelle, retraite...)
- Difficultés dans la gestion administrative (ne trie plus ses papiers)
- Difficultés financières (précarité économique, crédits impayés, dettes...)
- Comportements à risques par rapport à la gestion financière
- Autres : .....

*\*Informations essentielles au traitement et à l'analyse de la demande*

## Note d'information RGPD :

I. Responsable du traitement : Le responsable du traitement est l'Association Etap-Santé, située au 2 rue d'Emmerez de Charmoy – Immeuble Charmoy, 97490 Sainte-Clotilde.

II. Catégorie des données collectées : Nous recueillons des données personnelles telles que :

i. Nom, ii. Prénoms, iii. Civilité, iv. Numéro de sécurité sociale, v. Numéro(s) de téléphone, vi. Adresse postale, vii. Adresse(s) électronique(s), viii. Informations relatives aux données de santé, ix. Mesure de protection juridique, x. Contact d'appel d'urgence.

III. Durée de conservation :

Dossier médical : conservé 10 ans à compter du dernier contact avec la personne suivie.

Données collectées hors dossier médical : conservées 2 ans à compter du dernier contact émanant de la personne concernée, pour les données traitées dans le cadre de l'accompagnement.

IV. Destinataires des données :

Nous ne partageons pas les données vous concernant avec des tiers.

V. Vos droits :

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, ainsi que vos droits à la limitation du traitement ou au retrait de votre consentement, en contactant notre délégué à la protection des données à l'adresse suivante : [dpo@etap-sante.re](mailto:dpo@etap-sante.re).

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL via le site <https://www.cnil.fr/plaintes>.