

## Formulaire d'orientation DAC en Santé Sud Manche

Ce formulaire doit être envoyé par mail à  
[assistante1@dacsudmanche.fr](mailto:assistante1@dacsudmanche.fr)

Date de la demande : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

La personne est-elle informée de la demande :        oui                    non

La personne accepte-t-elle que sa situation soit évoquée avec d'autres professionnels :        oui                    non

### Emetteur de la demande

Organisme : \_\_\_\_\_

Nom Prénom : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

### Personne concernée

Nom (d'épouse) : \_\_\_\_\_

NOM de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Age :

Sexe : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP et commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### Situation familiale

Célibataire        vie maritale        marié(e)        divorcé(e)        veuf(ve)

Enfants :

Personnes ressources (nom prénom, nature du lien, coordonnées) :

**Activité professionnelle :**        oui                    non                    ne sais pas                    retraité(e)

Métier exercé : \_\_\_\_\_

Quotité de travail : \_\_\_\_\_

**Protection juridique :**        oui                    non                    demande en cours                    ne sais pas

Si oui type de mesure : \_\_\_\_\_

Coordonnées du mandataire : \_\_\_\_\_

Si demande en cours, personne à l'origine de la demande : \_\_\_\_\_

**Prestations financières :**        oui                    non                    ne sais pas

- Si oui : APA ? PCH ? AAH ? AEEH ? RSA ? etc.... À préciser « attribuer » ou « en cours »

- Caisse de retraite principale

### Aides humaines déjà en place

Structure et ou nom de l'intervenant : \_\_\_\_\_

Type d'intervention : \_\_\_\_\_

Fréquence : \_\_\_\_\_

En place depuis : \_\_\_\_\_

## Suivi médical

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Le médecin traitant est-il informé de la demande :      oui                      non

Suivi spécialiste : \_\_\_\_\_

Absence suivi médical :              oui                      non

Motif : \_\_\_\_\_

Directives anticipées : \_\_\_\_\_

Mon espace santé activé :              oui                      non

## Diminution morbi mortalité

A cocher	Facteurs de risques	Fiche Préconisation
	<b>FAMILIAUX</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cardio-vasculaires</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ AVC</li> <li>○ Infarctus</li> <li>○ Artérite</li> </ul> </li> <li>• <b>Diabète</b></li> <li>• <b>Cancer</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Colon</li> <li>○ Sein</li> <li>○ Prostate</li> </ul> </li> </ul>	<p>1 cs cardi 1x/an +/- Dopler, epreuve effort Gly 1x/an</p> <p>Colo tous les 5 ans Mammo tous les 2 ans PSA 1x/an</p>
	<b>ENVIRONNEMENTAUX OU TOXIQUES</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tabac *</b></li> <li>• <b>Drogue*</b></li> <li>• <b>Alcool*</b></li> <li>• <b>Amiante**</b></li> <li>• <b>Toxiques professionnels***</b></li> </ul>	<p>Cs addicto* E.F.R* Sacnner pulm** Examens spécifiques***</p>
	<b>DEPISTAGE INDIVIDUEL</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Frottis</b></li> <li>• <b>Mammographie</b></li> <li>• <b>Vaccin</b></li> <li>• <b>Hémocult</b></li> </ul>	<p>Tous les 3 ans ≥50 ans, avant si ATCD familiaux ≥ 50 ans tous les 2 ans sauf si suivi colo</p>
	<b>PATHOLOGIES CHRONIQUES OU EVOLUTIVES</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cardio-vasculaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hypertension</li> <li>○ Coronaropathie</li> <li>○ Insuffisance cardiaque</li> <li>○ Valvulopathie</li> <li>○ Anévrisme</li> </ul> </li> <li>• <b>Diabète</b></li> <li>• <b>Insuffisance Rénale</b></li> <li>• <b>Pathologie digestive</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hépatopathie</li> <li>○ Polypes</li> <li>○ Rectocolite hémorragique</li> <li>○ Maladie de Crohn</li> </ul> </li> <li>• <b>Insuffisance respiratoire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Asthme</li> <li>○ BPCO</li> </ul> </li> <li>• <b>Cancérologie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mélanome</li> <li>○ Cancer</li> </ul> </li> </ul>	

## Liste des problèmes et/ou besoins repérés par thématique

### Parcours de soin

Organisation du suivi \_\_\_\_\_

Traitements (médicamenteux et non médicamenteux) \_\_\_\_\_

Soins \_\_\_\_\_

### Activité de la vie quotidienne

Mobilité \_\_\_\_\_

Gestion des tâches domestiques \_\_\_\_\_

Soins d'hygiène \_\_\_\_\_

Alimentation hydratation \_\_\_\_\_

Habillage \_\_\_\_\_

Communication \_\_\_\_\_

Sexualité \_\_\_\_\_

Elimination \_\_\_\_\_

### Accès aux droits / contexte familial, social et culturel

Ressources financières et gestion administrative \_\_\_\_\_

Emploi \_\_\_\_\_

Dynamique familiale \_\_\_\_\_

Scolarité \_\_\_\_\_

Culture, loisirs, sports et spiritualité \_\_\_\_\_

Sécurité (de la personne et de ses biens) \_\_\_\_\_

Environnement social \_\_\_\_\_

Proche-aidant \_\_\_\_\_

Intervenants professionnels \_\_\_\_\_

### Lieu de vie / Habitat

Logement \_\_\_\_\_

Isolement géographique \_\_\_\_\_

Souhaits de la personne

Objectifs et attentes de la demande

Cadre réservé au DAC

Date de réception de la demande : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date d'examen de la demande : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Réponse à l'émetteur le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ce formulaire doit être envoyé par mail à :

[assistante1@dacsudmanche.fr](mailto:assistante1@dacsudmanche.fr)