



# DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT EN SANTÉ COMPLEXE

2A rue de l'épargne  
60200 COMPIÈGNE

Tél : 03 75 00 39 40  
Fax : 03 75 00 39 57

Mail : [accueil@dac-apsante60est.fr](mailto:accueil@dac-apsante60est.fr)  
Messagerie sécurisée :  
[dac-apsante60est@interop-mssante.apicrypt.org](mailto:dac-apsante60est@interop-mssante.apicrypt.org)

DEMANDE À RENVOYER IMPÉRATIVEMENT AUX COORDONNÉES CI-DESSUS

## CADRE RÉSERVÉ AU DAC

Date : ..... Heure : .....  
Personne réceptionnant : ..... Moyen de contact : .....  
la demande

## PERSONNE À L'ORIGINE DE LA DEMANDE

Nom : ..... Tél : .....  
Prénom : ..... Fax : .....  
Fonction : ..... E-mail : .....  
Structure/Service : ..... Adresse : .....

## IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom : .....  
Nom de naissance : .....  
Prénom : .....  
Sexe :  F  M  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
CP / Commune : .....  
Fixe : .....  
Portable : .....  
E-mail : .....

## PERSONNE À CONTACTER

Nom : .....  
Prénom : .....  
Lien avec l'utilisateur : .....  
Adresse : .....  
CP / Commune : .....  
Fixe : .....  
Portable : .....  
E-mail : .....

Médecin traitant : .....  
 Pas de médecin traitant

L'USAGER EST INFORMÉ DE LA DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT AUPRÈS DU DAC'

## PROBLÉMATIQUES IDENTIFIÉES

- Maladie chronique évolutive
- Maladie neuro-dégénérative
- Soins palliatifs
- Symptômes d'inconfort
- Troubles cognitifs
- Santé mentale
- Addictions
- Accès aux soins
- Perte d'autonomie
- Précarité
- Isolement
- Épuisement de l'entourage
- Autre (à préciser) :



# DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT EN SANTÉ COMPLEXE

2A rue de l'épargne  
60200 COMPIÈGNE

Tél : 03 75 00 39 40  
Fax : 03 75 00 39 57

Mail : [accueil@dac-apsante60est.fr](mailto:accueil@dac-apsante60est.fr)  
Messagerie sécurisée :  
[dac-apsante60est@medical.apicrypt.org](mailto:dac-apsante60est@medical.apicrypt.org)

DEMANDE À RENVOYER IMPÉRATIVEMENT AUX COORDONNÉES CI-DESSUS

## L'USAGER BÉNÉFICIE DE

- IDEL : .....  Protection juridique : .....
- SSIAD : .....  Dossier APA : .....
- SAAD : .....  Dossier MDPH : .....

## SITUATION MÉDICALE

- Hospitalisation récente du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... à .....
- Motif de l'hospitalisation : .....
- Pathologie(s) chronique(s) : .....

## DÉTAIL DE LA SITUATION

## ATTENTE(S) DU DEMANDEUR