FORMULAIRE DE CONTACT *V15062021*	dac santé 95 Est	***DAC OPALIA 95 EST*** *10 avenue Charles Péguy – 95200 Sarcelles* *Tél : 01 34 29 75 63 - Fax : 01 34 29 75 27* *contact@dac95est.fr*

A nous adresser pour toutes **demandes d'appui**

Parcours complexes - Tout âge/toute pathologie

par fax au 01.34.29.75.27 ou par mail à **contact@dac95est.fr**

ORIGINE DE LA DEMANDE Date : ___ /___ /____

Nom et prénom du demandeur : _____ Fonction : _____

Profession / Structure/Autre : _____

Tél : _____ Mail : _____

Créneau de rappel possible : _____

Médecin traitant : _____ Médecin référent : _____

Commune : Etablissement :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ H ☐ F

Nom de jeune fille : _____ Né (e) le : ___ /___ /____ **à** : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Tel : _____ email : _____

Personne à contacter : Nom / Prénom : _____

Lien avec le patient : _____ Tél : _____ email : _____

MOTIF DE LA DEMANDE

☐ **Information, conseil, orientation** ☐ **Appui à la coordination d'un parcours de vie complexe**

Accord du patient pour intervention du DAC : ☐ Oui ☐ Non ☐ Oral ☐ Ecrit

Accord du médecin traitant : ☐ Oui ☐ Non ☐ Non informé ☐ Absence de médecin traitant

CONTEXTE DE LA DEMANDE (*merci de détailler les besoins : évènements, repérage initial, éléments spécifiques à prendre en compte etc.)*

DECISION DU DAC (partie réservée au DAC)

☐ Réorientation vers : _____

☐ Niv.1 : information donnée le : ___ /___ /____ ☐ Niv.2 : Référent DAC : _____