

Date de la demande* :

La personne est-elle informée de la demande* : Oui Non Sinon, pourquoi :

La personne est-elle opposée au partage d'informations entre les différents professionnels* : Oui Non

Si oui pourquoi :

Au regard des informations en votre possession, pensez-vous qu'un intervenant du DAC 34 peut se rendre au domicile de la personne en toute sécurité*? Oui Non Si non pourquoi et/ou Utile à savoir :

ENTOURAGE

Personne à contacter :	Mesure de protection :	Oui	Non
NOM :	Sauvegarde	Curatelle	Tutelle
Prénom :	Demande en cours		
Lien avec la personne :			
Courriel :			
Téléphone :			

INTERVENANTS

Fonction et structure	NOM et Prénom	Tél / Courriel	Modalités d'intervention (Nature, fréquence intervention, type de mesure judiciaire, ...)
Médecin traitant			
Médecin(s) spécialiste(s)			
Infirmier(s)			
Auxiliaire de vie			

Exposé de la situation (antécédents, traitement en cours, hospitalisation en cours ou prévue,...)*

Attente(s) du demandeur (soutien médical, infirmier, psychologique, social, de l'aide, douleurs, autres symptômes...)*

Je joins à cette demande les derniers comptes rendus*

**Informations obligatoires*