**FORMULAIRE DE DEMANDE DE MISE EN PLACE DU DISPOSITIF D’ACCOMPAGNEMENT ET DE COORDINATION DE PARCOURS COMPLEXES (DAC)**

*Nous vous remercions de bien vouloir remplir le présent formulaire pour nous permettre d’étudier votre demande. Nous y répondrons dans les meilleurs délais.*

*Le formulaire, accompagné de tout document pouvant étayer votre demande est à envoyer à*

* *Pour la Région du Centre à* *dac@rsrl.ch* *(Tél : 021 341 72 50)*

Date de la demande :

**COORDONNEES DU DEMANDEUR :**

Nom : Votre nom. Prénom : Votre prénom

Fonction : Institution :

Téléphone :

Adresse e-mail :

**COORDONNEES DU BENEFICIAIRE :**

Nom : Prénom :

Date de naissance : [ ]  H [ ]  F

Adresse complète (rue, NPA, ville) : Adresse du bénéficiaire.

Téléphone fixe et/ou portable :

Adresse e-mail :

**INFORMATIONS SUR LE BENEFICIAIRE :**

Le bénéficiaire ou son représentant légal est informé de votre demande auprès du DAC :

 [ ]  Oui [ ]  Non

Au moment de l’alerte, le bénéficiaire se trouve :

[ ]  À son domicile [ ]  En court séjour

[ ]  Est hospitalisé

Précisez le lieu de l’hospitalisation ou du court séjour :

Date de sortie prévue :

Le bénéficiaire est-il sous curatelle ? [ ]  Oui [ ]  Non

**COORDONNEES DE L’ENTOURAGE FAMILIAL ET PROFESSIONNEL :**

**Proche(s) aidant(s) :**

Nom, prénom : Téléphone : Lien :

Nom, prénom : Téléphone : Lien :

**Médecin traitant :**

Nom, prénom : Téléphone :

**Autres intervenants (CMS, OSAD, médecins spécialistes, curateur, service social…) :**

Nom, prénom, fonction et/ou institution :

Téléphone :

Nom, prénom, fonction et/ou institution :

Téléphone :

Nom, prénom, fonction et/ou institution :

Téléphone :

**VOTRE DEMANDE :**

Pour quelles raisons sollicitez-vous la mise en place du DAC ?

[ ]  Divergence d’appréciation de la situation

[ ]  Besoin de coordination de la situation et/ou des professionnels

[ ]  Besoin de soutien des professionnels (épuisement, conseils…)

[ ]  Besoin d’accompagnement du bénéficiaire ou de ses aidants

[ ]  Risque de rupture de parcours lié à la perte d’autonomie

[ ]  Besoin de revoir les aides à domicile (insuffisantes ou inadaptées)

[ ]  Absence ou irrégularité dans le suivi médical

[ ]  Difficultés dans la gestion des symptômes (somatiques et/ou psychiques)

[ ]  Absence ou épuisement du proche aidant

**Commentaires et attentes** **:**