



Téléphone : 03 44 11 25 55

## Demande d'appui

Réservée à l'usage des professionnels – A retourner par mail : [dac.aloise@ch-beauvais.fr](mailto:dac.aloise@ch-beauvais.fr)

### Date de la demande

### Consentement

La personne ou son représentant légal est informé(e) de la demande  oui  non

La personne est-elle en capacité de consentir  oui  non

La personne est informée de l'utilisation et du partage de ses données dans PREDICE  oui  non

### Demandeur

Identité : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Structure/Fonction : \_\_\_\_\_

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

### Bénéficiaire

Homme

Femme

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

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

Tél : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

### Situation familiale et professionnelle

Vit seul  Marié(e)  Veuf(ve)  Union Libre

Divorcé(e)  Autre : \_\_\_\_\_

Présence d'animal : \_\_\_\_\_

Statut professionnel : \_\_\_\_\_

### Personnes ressources

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

Mesure de protection : Non  En cours  Oui  Si oui préciser : \_\_\_\_\_

Mandataire : \_\_\_\_\_ N° Tél : \_\_\_\_\_

ALD :  Oui  Non

PCH :  Oui  Non

Médecin traitant : \_\_\_\_\_  Sans Médecin traitant

Adresse : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_





Intervenants dans l'accompagnement (facultatif):

FONCTION	NOM PRENOM - COORDONNEES	RYTHME D'INTERVENTIONS
IDE / Centre de soins		
SSIAD		
SAAD		
HAD		

Motif de la demande et attentes(s) du professionnel :

Volet Sanitaire

- Pathologie lourde / Polypathologie
- Douleurs / Altération de l'état général
- Problématique de fin de vie
- Souffrance psychologique
- Santé mentale
- Perte de poids
- Chutes
- Santé
- Problématiques liées aux médicaments

Volet Médico-Social

- Perte d'autonomie
- Place de l'aidant (épuisement, absence, ...)
- Accès aux aides (prestations, etc )
- Gestion administrative et financière
- Protection aux biens et/ou à la personne
- Logement
- Barrière culturelle et/ou linguistique
- Parcours scolaire et/ou professionnel
- Activités culturelles et de loisirs

Compléments d'information sur la situation :

Partie réservée au Dac Aloïse :

Demande enregistrée par:

Mode de réception :

Date d'attribution

Attribuée à :

Traitement de la demande :

Information    Orientation    Appui à la coordination   / VAD  Oui    Non

Téléphone : 03 44 11 25 55 – Mail : [dac.aloise@ch-beauvais.fr](mailto:dac.aloise@ch-beauvais.fr)

GCMS Oise Ouest Ville-Hôpital  
CH Simone VEIL, 40 av Léon Blum  
Batiment Beaupré, Beauvais