**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*

*dac@rsnb.ch* *(Tél : 024 424 11 00)*

Date de la demande :

**COORDONNEES DE LA PERSONNE CONCERNEE :**

Nom :       Prénom :

Date de Naissance :       [ ]  H [ ]  F

Adresse complète (rue, NPA, ville) :

Téléphone fixe et/ou portable :

Adresse e-mail :

**COORDONNEES DU DEMANDEUR :**

Nom :       Prénom :

Fonction :       Institution :

Téléphone :

Adresse e-mail :

**INFORMATIONS SUR LA PERSONNE CONCERNEE:**

La personne ou sa/son représentant.e légal.e doit être informé.e de votre démarche auprès du DAC et avoir donné son consentement à la transmission des données.

Merci de confirmer en cochant la case :

 [ ]  Je confirme que la personne ou sa/son représentant.e légal.e a donné son consentement

Au moment de l’alerte, où se trouve la personne concernée ?

Cette personne est-elle 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 :**

**Quel est le contexte général de la situation et quelles sont vos attentes ?**

**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 de la personne 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