

## Demande d'intervention

Ce document est à compléter par un demandeur (professionnel de santé libéral, structures médico-sociales, réseaux de santé du territoire, services hospitaliers) après accord explicite du bénéficiaire ou de son représentant légal. Merci d'envoyer cette demande par mail ou courrier.

Bénéficiaire	Accord pour cette demande <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom d'usage : <span style="float: right;">Prénom :</span> Nom de naissance : <span style="float: right;">Date de naissance :</span> Adresse : <span style="float: right;">Téléphone fixe :</span> <span style="float: right;">Téléphone mobile :</span> <span style="float: right;">Email :</span>  Autre personne à contacter : Téléphone :	

Protection juridique	
<input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Demande en cours Nom Prénom du mandataire : Organisme : <span style="float: right;">Email :</span> Téléphone :	

Situation au regard de l'emploi	
<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Sans emploi	

Situation actuelle	
<input type="checkbox"/> Vit à domicile <input type="checkbox"/> Est hospitalisé Lieu/service : Date de sortie prévue : <input type="checkbox"/> Vit en établissement médico-social	<div style="font-size: 3em; line-height: 1;">}</div>
L'établissement dispose : <input type="checkbox"/> D'un ergothérapeute <input type="checkbox"/> D'un neuropsychologue <input type="checkbox"/> D'une assistante de service sociale	

Demandeur	
<i>Le demandeur peut être : professionnel de santé libéral, structure médico-sociale, réseaux de santé du territoire, service hospitalier</i>	
Nom :	Prénom :
Structure et fonction :	
Adresse :	
Téléphone :	Mail :

Médecin traitant	<i>Informé de la demande</i>		<i>Oui</i>	<i>Non</i>
Nom :	Prénom :			
Adresse :				
Téléphone :	Mail :			

<b>Intervenants auprès de la personne</b>	
<i>noter les coordonnées connues</i>	
<input type="checkbox"/> Infirmier :	<input type="checkbox"/> Service d'aide à la personne :
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute :	<input type="checkbox"/> Autres :

<b>Motif de la demande</b>
Date de la demande :
Pour une intervention : <input type="checkbox"/> dès que possible <input type="checkbox"/> dans 1 mois <input type="checkbox"/> dans 3 mois <input type="checkbox"/> dans ..... mois
Description du motif de la demande :

<b>Historique de la maladie et tableau clinique actuel</b>
<i>Possibilité de joindre les derniers comptes rendus</i>

<b>Antécédents</b>

<b>Traitements</b>

### Environnement matériel et humain

*Type d'habitation, famille à proximité, entourage présent, etc.*

### Niveau d'autonomie et d'indépendance

	Aide totale	Aide partielle	Avec supervision	Sans aide
Toilette haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Aides techniques utilisées et commentaires

### Commission d'intervention

Après réception de votre demande, l'équipe mobile l'étudiera lors d'une commission d'admission ayant lieu une fois par semaine.  
Vous serez informé de la décision et nous prendrons contact directement avec le bénéficiaire.