



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. **Les demandes incomplètes ne seront pas traitées.**

ACCORD DU BÉNÉFICIAIRE POUR CETTE DEMANDE

OUI

NON

BÉNÉFICIAIRE

Madame

Monsieur

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Ville : _____

N° de Sécurité Sociale : _____

Mutuelle : _____

N° adhérent : _____

Téléphone fixe : _____

Téléphone mobile : _____

Email : _____

AUTRE PERSONNE À CONTACTER :

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone : _____

PROTECTION JURIDIQUE

Nom et Prénom du mandataire : _____

Organisme : _____

Téléphone : _____

SITUATION ACTUELLE

Vit au domicile

Est hospitalisé

Vit en établissement médico-social

Lieu/service : _____

Date de sortie prévue : _____

L'établissement dispose :

D'un ergothérapeute

D'un neuropsychologue

D'une assistante de service social

DEMANDEUR

Le demandeur peut être : professionnel de santé libéral, structure médico-sociale, réseaux de santé du territoire, service hospitalier.

Nom : _____

Téléphone : _____

Prénom : _____

Mail : _____

Adresse : _____

MÉDECIN TRAITANT

Nom : _____

Téléphone : _____

Prénom : _____

Mail : _____

Adresse : _____

Informé de la demande :

OUI

NON

INTERVENANTS AUPRÈS DE LA PERSONNE (noter les coordonnées connues)

INFIRMIER : _____

KINÉSITHÉRAPEUTE : _____

SERVICE D'AIDE À LA PERSONNE : _____

AUTRES : _____

MOTIF DE LA DEMANDE

Date de la demande : _____

Pour une intervention :

Dès que possible

Dans 1 mois

Dans 3 mois

Dans ____ mois

Descriptif du motif de la demande :

HISTORIQUE DE LA MALADIE ET TABLEAU CLINIQUE ACTUEL (Possibilité de joindre les derniers comptes rendus)

ANTÉCÉDENTS

TRAITEMENTS

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'ADMISSION

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.