

**DEMANDE D'INTERVENTION
EQUIPE MOBILE EN MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION**

Date de la demande : / /

Accord du patient : OUI NON

IDENTITE DE LA PERSONNE			
Nom :		Prénom :	
Adresse :		Date de naissance : / /	
Situation familiale : <input type="checkbox"/> seule <input type="checkbox"/> en couple <input type="checkbox"/> en famille <input type="checkbox"/> autre		Téléphone :	
Profession :			
Personne ressource :		Personne de confiance :	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Téléphone :		Téléphone :	
PROFESSIONNEL A L'ORIGINE DE LA DEMANDE			
Nom :		Fonction :	
Service/Structure et adresse :		Téléphone/Email :	
MEDECIN TRAITANT			
Nom :		Téléphone/Email :	
Adresse :			
PATHOLOGIE(S) Joindre le dernier compte-rendu d'hospitalisation ou de consultation médicale en lien avec la demande			
Pathologie(s) : Date de diagnostic : / /			
Précisez le tableau clinique et fonctionnel actuel :			
INTERVENANTS EXTERIEURS			
Type de structure/professionnels concernés	Coordonnées	Fréquence	Type d'intervention
NATURE DE LA DEMANDE			
<input type="checkbox"/> Information, conseil ou orientation		<input type="checkbox"/> Evaluation sociale/Ouverture des droits/Aide administrative	
<input type="checkbox"/> Evaluation/aménagement du domicile		<input type="checkbox"/> Amélioration de la participation sociale	
<input type="checkbox"/> Evaluation fonctionnelle (physique/cognitive)		<input type="checkbox"/> Formation aide aux aidants	
<input type="checkbox"/> Evaluation aide humaine		<input type="checkbox"/> Autres	
<input type="checkbox"/> Evaluation aide technique			
QU'ATTENDEZ-VOUS DE L'EQUIPE MOBILE ?			
Précisez-votre demande			



Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelles COS Pasteur

GCS Plateforme d'Aval sur le Territoire Champagne Sud

