

DEMANDE D'INTERVENTION

Ce document est à compléter par un demandeur (professionnel de santé libéral, structures médico-sociales, réseaux de santé du territoire, service hospitalier) après accord du bénéficiaire ou de son représentant légal.

Merci d'envoyer la demande par mail ou par courrier

BENEFICIAIRE

Nom d'usage :	Téléphone Fixe :
Nom de naissance :	Téléphone mobile :
Prénom :	e-mail :
Date de naissance :	Autres personnes à contacter
Adresse :	Nom :
	Prénom :
Code Postal :	Tel :
Ville :	Lien de parenté :

PROTECTION JURIDIQUE

Nom et Prénom du mandataire :	
Organisme :	
Téléphone :	

SITUATION ACTUELLE

Vie au domicile ☐	Est hospitalisé ☐	Vit en établissement médico-social ☐
Lieu/Service : Date de sortie prévue L'établissement dispose D'un ergothérapeute ☐	D'une assistante de service social ☐	

DEMANDEUR

Nom :	Téléphone :
Prénom :	Mail :
Adresse :	
Structure :	

MEDECIN TRAITANT

Nom :	Téléphone :
Prénom :	Mail :
Adresse :	Informé de la demande
Structure :	Oui ☐ Non ☐

INFIRMIER LIBERAL

Nom :	Téléphone :
Prénom :	Mail :
Adresse :	Informé de la demande
Structure :	Oui ☐ Non ☐

KINESITHERAPEUTE LIBERAL

Nom :	Téléphone :
Prénom :	Mail :
Adresse :	Informé de la demande
Structure :	Oui ☐ Non ☐

AUXILIAIRE DE VIE

Nom :	Téléphone :
Prénom :	Mail :
Adresse :	Informé de la demande
Structure :	Oui ☐ Non ☐

MOTIF DE LA DEMANDE

Date de la demande :	
Date de l'intervention souhaitée :	
Adresse :	
Descriptif du motif de la demande :	

HISTORIQUE DE LA MALADIE ET TABLEAU CLINIQUE ACTUEL

--

TRAITEMENT ACTUEL

--

ANTECEDENTS

NIVEAU D'AUTONOMIE ET D'INDEPENDANCE

	Aide Totale	Aide partielle	Avec Supervision	Autonome
Toilettes	☐	☐	☐	☐
Habillage	☐	☐	☐	☐
Repas	☐	☐	☐	☐
Déplacement	☐	☐	☐	☐

ENTOURAGE AU DOMICILE

Famille :

Aidants :

Les demandes seront traitées par le Coordonnateur de l'équipe mobile de réadoption. Vous serez informé de la décision et prendrons contact directement avec le demandeur