

DEMANDE D'INTERVENTION

A retourner par email :
 equipemobile@melioris.fr
 ou par FAX au 05.49.32.30.60

Equipe Mobile d'Expertise en Réadaptation

74 rue de la verrerie
 79000 NIORT

Toute demande d'intervention doit impérativement être accompagnée d'une copie lisible de la **PIECE D'IDENTITE de la personne concernée. À défaut, la demande ne pourra pas être traitée.**
Tout formulaire incomplet fera l'objet d'une demande d'informations supplémentaires qui sera susceptible d'entraîner un retard dans le traitement de votre demande.

Accord préalable du Patient : OUI ☐ NON ☐

Date :/...../.....

Personne concernée par la demande

☐ Madame ☐ Monsieur

NOM :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Téléphone domicile :

Portable :

Email :

N° SS :

Régime : ☐ CPAM ☐ MSA ☐ autre

Mutuelle :

Demandeur
Médecin traitant

Informé de la demande ☐ Oui ☐ Non

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Structure et fonction :

Adresse :

Adresse :

Téléphone :

Téléphone :

Adresse mail :

Adresse mail :

Personne à prévenir

Nom : Prénom : Numéro de téléphone :

Protection juridique

☐ Non ☐ Demande en cours

☐ Oui → ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice (Informé de la demande ☐ Oui ☐ Non)

Nom du mandataire :

Organisme :

Téléphone :

Email :

Situation au regard de l'emploi

☐ Retraité ☐ Salarié ☐ Etudiant ☐ Sans emploi ☐ Arrêt de travail

Situation actuelle

☐ Vit à domicile → composition du foyer :

☐ Vit en établissement médico-social

☐ Est hospitalisé :

☐ Lieu / service :

☐ Date de sortie prévue :

L'établissement dispose d'un/e :

☐ Ergothérapeute

☐ Psychologue / Neuropsychologue

☐ Assistant de Service Social

Intervenants auprès de la personne

☐ Infirmier :

☐ Service à la personne :

☐ SSIAD :

☐ HAD :

☐ Kinésithérapeute :

☐ Orthophoniste :

☐ Autre :

Historique de la maladie et tableau clinique actuel

Antécédents médicaux	Traitements

Principales déficiences	
☐ Motrices ☐ Cognitives (hors démence)	<u>Précisions :</u>

Problématique(s) rencontrée(s) au quotidien	
Soins personnels (transfert, déplacement, hygiène, élimination, prise des repas, installation, ...)	
Gestion du quotidien (courses, ménages, préparation des repas, gestion du budget, conduite, ...)	
Loisirs / activité physique / travail	

Précisions de la demande (si besoin)

La personne a-t-elle déjà bénéficié d'un suivi en centre de rééducation ?
☐ Non ☐ Oui, lequel :

Validation médicale (réservé à l'équipe mobile de réadaptation)
Date :
Signature :

N'hésitez pas à joindre tout document qui pourrait être utile au traitement de la demande (Dernier compte rendu d'hospitalisation ou de consultation, ordonnances, ...)

Axes d'intervention (réservé à l'équipe mobile de réadaptation)	
☐ Education à la santé (pathologie / traitement, ...)	☐ Avis médical (MPR)
☐ Aide technique	☐ Evaluation et/ou soutien social
☐ Aide humaine	☐ Avis psychologique
☐ Aménagement du logement	☐ Autre (précisez) :