

## Equipe Mobile de Réadaptation

74 rue de la verrerie  
79000 NIORT

### DEMANDE D'INTERVENTION

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

**Toute demande d'intervention doit impérativement être accompagnée d'une copie lisible de la CARTE 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 (médical / paramédical / médico-social)

#### 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)

Précisions :

--	--

## 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

--

## 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, ...)

Aide technique

Aide humaine

Aménagement du logement

Avis médical (MPR)

Evaluation et/ou soutien social

Avis psychologique

Autre (précisez) :

--	--