

**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

**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

<input type="checkbox"/> Motrices <input type="checkbox"/> Cognitives (hors démence)	<u>Précisions :</u>
--	---------------------

## Problématique(s) rencontrée(s) au quotidien

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

## Précisions de la demande (si besoin)

--

## La personne a-t-elle déjà bénéficié d'un suivi en centre de rééducation ?

<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Education à la santé (pathologie / traitement, ...)	<input type="checkbox"/> Avis médical (MPR)
<input type="checkbox"/> Aide technique	<input type="checkbox"/> Evaluation et/ou soutien social
<input type="checkbox"/> Aide humaine	<input type="checkbox"/> Avis psychologique
<input type="checkbox"/> Aménagement du logement	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :