

## DEMANDE D'INTERVENTION

Ce document est à compléter par un demandeur (professionnel de santé libéral, structures médico-sociales, réseaux de santé du territoire, services hospitaliers) après accord explicite du bénéficiaire ou de son représentant légal. Merci d'envoyer cette demande par mail ou courrier.

Bénéficiaire	Accord pour cette demande <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Prénom :
Nom d'usage :	Date de naissance :
Nom de naissance :	Téléphone fixe :
Adresse :	Téléphone mobile :
	Email :
Autre personne à contacter :	
Téléphone :	

Protection juridique			
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Tutelle	<input type="checkbox"/> Curatelle	<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice
<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Demande en cours		
Nom Prénom du mandataire :			
Organisme :			
Téléphone :		Email :	

Situation au regard de l'emploi			
<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Etudiant	<input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Sans emploi

Situation actuelle	
<input type="checkbox"/> Vit à domicile	
<input type="checkbox"/> Est hospitalisé	L'établissement dispose :
Lieu/service :	<input type="checkbox"/> d'un ergothérapeute
Date de sortie prévue :	<input type="checkbox"/> d'un neuropsychologue
<input type="checkbox"/> Vit en établissement médico-social	<input type="checkbox"/> d'un orthophoniste
	<input type="checkbox"/> d'un assistant social

Demandeur :	
<i>Le demandeur peut être : professionnel de santé libéral, structure médico-sociale ; réseau de santé du territoire</i>	
Nom :	Prénom :
Structure et fonction :	
Adresse :	
Téléphone :	Mail :

<b>Médecin traitant :</b>		<b>Informé de la demande :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Téléphone :		Mail :	

Intervenants auprès de la personne	
Infirmier :	Service d'aide à la personne :
Kinésithérapeute :	Orthophoniste :
Autres :	

Date de la demande :		Motif de la demande :		
Pour une intervention :	<input type="checkbox"/> dès que possible	<input type="checkbox"/> dans 1 mois	<input type="checkbox"/> dans 3 mois	<input type="checkbox"/> dans      mois
Description du motif de la demande :				
Scores fonctionnels : (GIR, NHISS, ASIA...)				

Historique de la maladie et tableau clinique actuel
<i>Possibilité de joindre les derniers compte rendus</i>

### Antécédents

### Traitements

### Environnement matériel et humain

*Type d'habitation, famille à proximité, entourage présent*

Propriétaire  Locataire

### Niveau d'autonomie et d'indépendance

	Aide totale	Aide partielle	Avec supervision	Sans aide
Toilette				
Repas				
Communication				
Fonctions cognitives				

### Aides techniques utilisées et commentaires

### Commission d'intervention

Après réception de votre demande, l'équipe mobile l'étudiera lors d'une commission d'admission hebdomadaire.