

## 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. **Les demandes incomplètes ne seront pas traitées.**

### ACCORD DU BÉNÉFICIAIRE POUR CETTE DEMANDE

OUI                      NON

#### BÉNÉFICIAIRE

Madame                      Monsieur

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Téléphone fixe : \_\_\_\_\_  
Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Téléphone mobile : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_  
Mutuelle : \_\_\_\_\_  
N° adhérent : \_\_\_\_\_

#### AUTRE PERSONNE À CONTACTER :

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_  
Lien de parenté : \_\_\_\_\_

#### PROTECTION JURIDIQUE

Nom et Prénom du mandataire : \_\_\_\_\_  
Organisme : \_\_\_\_\_  
Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_

#### SITUATION ACTUELLE

Vit au domicile                      Est hospitalisé                      Vit en établissement médico-social

Lieu/service : \_\_\_\_\_  
Date de sortie prévue : \_\_\_\_\_  
L'établissement dispose :

D'un ergothérapeute                      D'un neuropsychologue                      D'une assistante de service social

## DEMANDEUR

Le demandeur peut être : professionnel de santé libéral, structure médico-sociale, réseaux de santé du territoire, service hospitalier.

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## MÉDECIN TRAITANT

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Informé de la demande :

OUI NON

## INTERVENANTS AUPRÈS DE LA PERSONNE (noter les coordonnées connues)

INFIRMIER : \_\_\_\_\_

RÉÉDUCATEUR : \_\_\_\_\_

SERVICE D'AIDE À LA PERSONNE :

AUTRES : \_\_\_\_\_

## MOTIF DE LA DEMANDE

Date de la demande : \_\_\_\_\_

Pour une intervention :

Dès que possible

Dans 1 mois

Dans 3 mois

Dans \_\_\_\_ mois

Descriptif du motif de la demande :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## HISTORIQUE DE LA MALADIE ET TABLEAU CLINIQUE ACTUEL (Possibilité de joindre les derniers comptes rendus)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ANTÉCÉDENTS

---

---

---

---

---

---

## TRAITEMENTS

---

---

---

---

---

---

## ENVIRONNEMENT MATÉRIEL ET HUMAIN (Type d'habitation, famille à proximité, entourage présent, etc.)

---

---

---

---

---

---

## NIVEAU D'AUTONOMIE ET D'INDÉPENDANCE

	Aide totale	Aide partielle	Avec supervision	Sans aide
Toilette				
Habillage				
Transferts				
Déplacements				
Prise de repas				

## AIDES TECHNIQUES UTILISÉES ET COMMENTAIRES

---

---

---

---

## COMMISSION D'ADMISSION

Après réception de votre demande, l'équipe mobile l'étudiera lors d'une commission d'admission ayant lieu une fois par semaine.  
Vous serez informé de la décision et nous prendrons contact directement avec le bénéficiaire.