Date de la demande : ……………………………….

|  |
| --- |
| **PATIENT**  Nom : ……………………………………………. Prénom : …………………………….. Nom de jeune fille : ……………………………………..  Date de naissance : ………………………………………….. Lieur de naissance : ………………………………………  Adresse complète : ………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………..  Numéro de sécurité sociale : ………………………………………………………. Caisse de rattachement : ……………………………………  Médecin traitant : ……………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **INTERVENTION**  Intervention demandée par : □ CLIC □ Médecin traitant □ Famille □ Autres :…………………………………………  Nom/Prénom du demandeur : …………………………………………………………..  Tel : ……………………………………………………………………….. Mail : ………………………………………………..  Accord ou courrier médecin traitant : □ oui □ non  Notion d’urgence : □ oui -48h □ non dans la semaine □ non urgent |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS**  Coordonnées de la famille/l’aidant : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Mode de vie / Aide en cours : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Antécédents + compte rendu + Bilan sanguin : (joindre le document si besoin)  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Traitement en cours : (joindre le document si besoin)  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Contexte de la demande :  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **CADRE RESERVE A L’ETABLISSEMENT**  Prise de contact par : □ Appel □ Mail □ Courrier □ Autres  Date : ……………………………….  Date d’évaluation au domicile (ou passage EMEGD) : …………………………………  Intervenants : □ IDE □ Médecin coordonnateur □ Ergothérapeute  Orientation après évaluation :  Informations diverses : |