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 □ AutresDate : ……………………………….Date d’évaluation au domicile (ou passage EMEGD) : …………………………………Intervenants : □ IDE □ Médecin coordonnateur □ ErgothérapeuteOrientation après évaluation : Informations diverses :  |