

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ÉQUIPE D'APPUI EN ADAPTATION ET READAPTATION

Demandeur

Date de la demande :

Patient

Nom Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° de téléphone :

Médecin traitant :

ERGOTHERAPEUTE

Aides techniques, matériels :

Aménagement de logement

Prévention des chutes

Motif :

PSYCHOLOGUE

Accompagnement psychologique de la personne

Accompagnement psychologique d'un ou des aidants :

Motif :

DIETETICIENNE

Motif :

Renseignements complémentaires :

Situation de la personne au moment de la demande :

A domicile

Hospitalisé *Service de provenance* : *Date de sortie* :

Hébergement temporaire *Lieu* : *Date de sortie* :

Autre

Situation familiale :

Pathologie :

Services en place :

GIR :

