



DEMANDE D'ORIENTATION-EQUIPE MOBILE de Médecine Physique et de Réadaptation d'Indre et Loire

Formulaire à adresser par mail à : equipemobilempr.belair@croix-rouge.fr

OU par voie postale à : Équipe mobile MPR – CMPR Bel Air

37390 La Membrolle sur Choisille

Date de la demande :

BENEFICIAIRE	
Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	DDN : ___/___/___ Age :
Genre : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Autre	Téléphone :
Accord du patient : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Adresse :	
CP : 1__1__1__1__1__1 Ville :	

OBJECTIFS DE LA DEMANDE	
QU'ATTENDEZ-VOUS DE L'EQUIPE MOBILE ? MOTIFS ET OBJECTIFS DE LA DEMANDE :	<input type="checkbox"/> Évaluation fonctionnelle (physique/cognitif) <input type="checkbox"/> Évaluation pour l'aménagement du domicile <input type="checkbox"/> Évaluation pour des aides humaines <input type="checkbox"/> Évaluation des aides techniques <input type="checkbox"/> Aide sociale <input type="checkbox"/> Autres (ex. retour à l'emploi...) :

PROFESSIONNEL A L'ORIGINE DE LA DEMANDE (ou cachet)	
Nom :	Téléphone :
Prénom :	Email :

HISTOIRE DE LA MALADIE ET PATHOLOGIE(S)

EXAMEN CLINIQUE ET FONCTIONNEL ACTUEL (et/ou bilan réalisé par les intervenants paramédicaux) :		
Poids :	Taille :	
Douleur :	Type :	Localisation :
Bilan neurologique : (et/ou bilan paramédical)		
- Orientation temporo-spatiale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
- Compréhension correcte pour les ordres simples : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
- Troubles de l'expression <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ; de la compréhension <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
- Troubles de la mémoire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

- Héminégligence oui non
- Troubles de la sensibilité oui non
- Troubles de la déglutition oui non
- Hémiparésie oui non droite gauche Membre sup. Membre inf.
- Signes : pyramidaux (spasticité, Babinski) extrapyramidaux (élément Parkinsonien) cérébelleux

Bilan articulaire : normal oui non *(et/ou bilan paramédical)*

si enraidissement articulaire, localisation :

Troubles vésico-sphinctériens : oui non ; fécal ; urinaire ; précision (incontinence / SAD) :

Bilan cardio-respiratoire : normal oui non :

Etat cutané : escarre oui non Localisation :

Etat psychique : R.A.S. ; éléments psychotiques anxio-dépressifs persécutifs ; autre :

ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX

TRAITEMENT ACTUEL (classe thérapeutique(ou joindre ordonnance))

NIVEAU D'AUTONOMIE

Toilette haut :	Aide totale <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	seul(e) ou avec aide technique <input type="checkbox"/>
Toilette bas :	Aide totale <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	seul(e) ou avec aide technique <input type="checkbox"/>
Habillage haut :	Aide totale <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	seul(e) ou avec aide technique <input type="checkbox"/>
Habillage bas :	Aide totale <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	seul(e) ou avec aide technique <input type="checkbox"/>
Transferts :	Aide totale <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	seul(e) ou avec aide technique <input type="checkbox"/>
Déplacements :	Aide totale <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	seul(e) ou avec aide technique <input type="checkbox"/>

Aides techniques utilisées (dont appareillage) :

.....

INTERVENANTS EXTERIEURS SANITAIRES OU MEDICO-SOCIAUX

Nom, Prénom, Coordonnées, fréquence des interventions, ...

IDE :

Kinésithérapeute :

Orthophoniste :

Service d'aide à la personne :

Autres :

CONTEXTE SOCIAL ET MODE DE VIE

Marié(e) Célibataire pacsé(e) vie maritale

-Logement : Locataire Propriétaire Maison Appartement

Étage(s) précisez :

Précisez toutes informations qui vous semblent importantes :

-Mesure de protection : néant Tutelle Curatelle Curatelle renforcée Autre :

ATIL UDAF ATRC Mandataire privé (précisez) : Autre :

- Dossier(s) social (aux) : · MDPH · APA · CARSAT

PERSONNE A PREVENIR

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Téléphone :

Email :

MEDECIN TRAITANT

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Email :

Je certifie que le médecin traitant a bien donné son accord.

Signature

Cachet du service / établissement