

DOSSIER DE PRE-ADMISSION EQUIPE MOBILE BEL AIR

Vous avez sollicité un accompagnement par l'Equipe Mobile, pour vous-même ou pour une personne cérébro-lésée que vous connaissez.

Pour bénéficier de notre accompagnement, il est indispensable que certains critères soient remplis : avoir été victime d'une **lésion cérébrale acquise documentée, avoir des troubles cognitifs**, avoir au minimum 15 ans, habiter dans les départements de l'Indre et Loire, du Loir et Cher et de l'Indre.

Afin d'étudier au mieux votre demande, nous vous remercions de bien vouloir renseigner le document suivant et nous faire parvenir une copie de certains documents importants (dont le détail sera donné à la fin du document)

Une fois ce document complété et reçu, le médecin de l'équipe prendra connaissance des éléments transmis. Si votre demande est acceptée, un premier rendez-vous vous sera proposé avec le médecin dès que possible et en fonction des délais d'attente. Si votre situation ne correspond pas aux missions de l'Equipe Mobile, une réorientation vous sera suggérée.

IMPORTANT : La demande d'admission sera étudiée sous réserve d'un dossier complet (dossier de pré-admission rempli et documents joints)

1. ETAT CIVIL de la personne concernée par la demande

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

.....

Tel :

E.mail :

POLE BEL-AIR
EQUIPE MOBILE CEREBROLESES
Bel-Air – 37390 LA MEMBROLLE S/CHOISILLE
T 02 47 42 43 00
www.belair.croix-rouge.fr

SIÈGE SOCIAL
98, rue Didot 75694 Paris CEDEX 14
www.croix-rouge.fr

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Coordonnées du médecin traitant :

Nature de la lésion cérébrale acquise :

Traumatisme crânien Accident Vasculaire Cérébral Anoxie cérébrale Autre

Date de la lésion :

Hôpital et service hospitalier au moment de la prise en charge initiale (Réanimation, Neuro Traumatologie, Neurochirurgie) :

Compte rendu du scanner initial :

.....
.....
.....
.....
.....

Centre de rééducation où s'est fait la rééducation/réadaptation :

Conclusion du dernier bilan neuropsychologique réalisé :

.....
.....
.....
.....
.....

Pathologies associées :

– Suivi psychiatrique en cours ?

- Conduites addictives ?

Autres établissements ou structures fréquentés (UEROS, SAMSAH, SAVS, ESAT, CRP...) après la période de rééducation :

-
-
-
-

Quelles sont vos difficultés (ou celles de la personne pour laquelle vous faites la demande) au quotidien ?

.....

.....

.....

.....

.....

Qu'attendez-vous de l'accompagnement par l'Equipe Mobile ?

- ☐ Poursuite du suivi médico-social, coordination
- ☐ Bilans, consultations spécialisés
- ☐ Compréhension des troubles (pour la personne, son entourage)
- ☐ Soutien, écoute (pour la personne, son entourage)
- ☐ Sécurité au domicile
- ☐ Autonomie en vie quotidienne
- ☐ Domicile / Logement
- ☐ Evaluation conduite / Mobilité / Déplacements
- ☐ Equilibre des relations intrafamiliales
- ☐ Accompagnement aux démarches
- ☐ Loisirs
- ☐ Vie sociale
- ☐ Vie professionnelle
- ☐ Formation, information pour les professionnels du domicile

Précisions si besoin :

3. RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

Si un dossier MDPH a déjà été fait, à propos des préconisations* :

	Demande faite (Date ?)	Accord notifié	Accompagnement en cours
PCH aide humaine			
Orientation SAMSAH			
Orientation SAVS			
Orientation UEROS			

*Cocher les cases

4. DOCUMENTS A JOINDRE

Merci de nous envoyer la copie des documents suivants, nécessaires pour une admission (celui en gras est obligatoire pour que la demande soit étudiée) :

- ☐ **Compte-rendu de la prise en charge initiale avec scanner initial**
- ☐ Compte rendu du centre de rééducation
- ☐ Compte rendu du dernier bilan neuropsychologique
- ☐ Documents de la MDPH

NOM et coordonnées de la personne qui fait la demande :

.....

.....

.....

Lien avec la personne cérébrolésée :

Date :

Signature