



Équipe Mobile

Médecine Physique  
et Réadaptation 37



GROUPE CENTRE  
Soigner, rééduquer, réinsérer : la santé sans préjugés

CRF LE CLOS SAINT VICTOR



CROIX-ROUGE  
FRANÇAISE

SOINS MÉDICAUX  
& RÉADAPTATION

Bel Air

## DEMANDE D'ORIENTATION-EQUIPE MOBILE MPR

Date de la demande :

<b>BÉNÉFICIAIRE</b>	
<p>Nom :</p> <p>Nom de jeune fille :</p> <p>Genre : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Autre</p>	<p>Prénom :</p> <p>Né(e) le : ____/____/____</p> <p>Téléphone :</p> <p>Courriel :</p>
<p>Adresse :</p> <p>CP : _____ Ville : _____</p>	

<b>OBJECTIFS ET MOTIFS DE LA DEMANDE</b>	
<b>QU'ATTENDEZ-VOUS DE L'EQUIPE MOBILE ?</b>	<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...) :

<b>LA PERSONNE DE CONFIANCE</b>		
Nom :	Prénom :	Lien de parenté :
Téléphone :	Email :	

<b>LE MÉDECIN TRAITANT + LE MÉDECIN COORDINATEUR SI EHPAD</b>		
---	--	--

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

<b>CONTEXTE SOCIAL</b>		
------------------------	--	--

**Mesure de protection :**  Oui  Non  En cours

Coordonnées :

<b>HISTOIRE DE LA MALADIE</b>		
-------------------------------	--	--

**ANTÉCÉDENTS + TRAITEMENT EN COURS****TABLEAU CLINIQUE ACTUEL - JOINDRE LES DERNIERS COMPTE RENDUS SPÉCIALISTES - FACULTATIF****INTERVENANTS EXTERIEURS SANITAIRES OU MEDICO-SOCIAUX***Nom, Prénom, Coordonnées, fréquence des interventions,*

- Aidant Principal : .....
- IDE : .....
- Kinésithérapeute : .....
- Service d'aide à la personne : .....
- Autres : .....

**DEMANDEUR**

Nom / prénoms :	Téléphone :
Fonction :	Mail :

- Je certifie que la demande est effectuée après l'accord explicite de la personne
- Je certifie que le médecin traitant a bien donné son accord.

Signature

Cachet du service / établissement

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

Les actions menées par l'Équipe Mobile de Médecine Physique et Réadaptation sont financées par

