

DEMANDE D'ORIENTATION-EQUIPE MOBILE MPR

Date de la demande :

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

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

LA PERSONNE DE CONFIANCE		
Nom :	Prénom :	Lien de parenté :
Téléphone :	Email :	

LE MÉDECIN TRAITANT + LE MÉDECIN COORDINATEUR SI EHPAD	
Nom :	Prénom :
Téléphone :	Email :

CONTEXTE SOCIAL
Mesure de protection : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours Coordonnées :

HISTOIRE DE LA MALADIE
Large empty space for medical history

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