



CENTRE HOSPITALIER DE LA TOUR BLANCHE - ISSOUDUN

Equipe mobile de réadaptation du Berry

Equipe Locale d'Accompagnement sur les Aides Techniques

TOUTE DEMANDE INCOMPLETE NE SERA PAS ETUDIEE

DEMANDE D'INTERVENTION

A retourner par email :

equipemobilessr@ch-issoudun.fr

Ou pour tout professionnel disposant de la messagerie sécurisée MS Santé, privilégiez

equipemobilessr@ch-issoudun.mssante.fr

Informations complémentaire auprès du secrétariat : 02.54.03.54.31

(9h-12h30 – Du lundi au vendredi)

Accord préalable du patient : OUI ☐ NON ☐ Date :

NOM :

Nom de jeune fille :

PRENOM :

Date de naissance :

Âge :

Adresse :

Téléphone domicile :

Mobile :

Email :

N° Sécurité sociale :

Mutuelle :

Régime : Général ☐ Agricole ☐ Autre :

DEMANDEUR

Nom :

Prénom :

Structure et fonction :

Adresse :

Téléphone :

MEDECIN TRAITANT :

Adresse :

Informé de la demande :

SITUATION FAMILIALE :

En couple ☐

Vit seul ☐

Vit en famille ☐

Autre :

Enfants : OUI ☐

NON ☐

Enfant à charge OUI ☐

NON ☐

Si oui, combien :

PERSONNE DE CONFIANCE :

Nom :

Téléphone :

PROTECTION JURIDIQUE :

OUI ☐

NON ☐

Demande en cours ☐

Tutelle ☐

Curatelle ☐

Sauvegarde de justice ☐

LIEU DE VIE :

Propriétaire ☐

Locataire ☐

Hébergement gratuit ☐

En institution/établissement ☐

Maison ☐

Appartement ☐

Plain-Pied ☐



CENTRE HOSPITALIER DE LA TOUR BLANCHE - ISSOUDUN

Equipe mobile de réadaptation du Berry

Equipe Locale d'Accompagnement sur les Aides Techniques

SITUATION MEDICALE ACTUELLE :

Diagnostic principal :

.....

Atteinte locomotrice ☐

Atteinte respiratoire ☐

Atteinte cardiaque ☐

Atteinte neurologique ☐

Atteinte visuelle ☐

Atteinte cognitive ☐

Autre atteinte ☐

**Pour toute demande de fauteuil roulant électrique :
Joindre obligatoirement les éléments médicaux justifiant cette demande.**

Antécédents :

Traitements :

Pour quelles activités du quotidien rencontrez-vous des difficultés ?

<u>Activités de base</u> (se nourrir, se laver, se déplacer, communiquer...)	
<u>Activités de gestion du quotidien</u> (conduire, faire ses courses, faire le ménage, s'occuper des enfants, ...)	
<u>Activités sociales et de loisirs</u>	

Qu'attendez-vous de notre intervention, quels sont vos objectifs ?

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

VALIDATION MEDICALE (Réservée équipe mobile)

Equipe Mobile ☐ EqLAAT ☐

Date :

Signature :

Evaluation installation ☐

Evaluation sociale ☐

Evaluation conduite ☐

Evaluation lieu de vie ☐

Evaluation aide-technique ☐

Evaluation FRM/FRE ☐