CENTRE HOSPITALIER DE LA TOUR BLANCHE - ISSOUDUN

Equipe mobile de réadaptation du Berry

Equipe Locale d'Accompagnement sur les Aides Techniques

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)

TOUTE DEMANDE INCOMPLETE NE SERA PAS ETUDIEE

Accord préalable du bénéficiaire : 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 :
Merci de joindre une copie de votre pièce d'identité et de votre carte vitale

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 ☐ Etage ☐

INTERVENANTS AUPRES DE LA PERSONNE :

Infirmier ☐ Kinésithérapeute ☐ Service d'aide à la personne ☐
Autre ☐ ----------

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 ☐

Merci de joindre les éléments médicaux justifiant votre demande et faisant état de vos pathologies et antécédents (Ordonnance, compte-rendu de spécialistes, d'hospitalisation, courrier de votre médecin traitant…)

Antécédents :

Comment se passent les activités du quotidien :

- ✓ **Soins personnels** *(toilette, habillage...)* :

- ✓ **Alimentation :**

- ✓ **Loisirs :**

- ✓ **Gestion du logement** *(ménage, linge, vaisselle, administratif…)* **:**

- ✓ **Déplacements :**

- ✓ **Transferts :**

- ✓ **Elimination :**

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 ☐

Avenue Jean Bonnefont - CS 70190 - 36105 Issoudun cedex

Avec le soutien de la cnsa Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie