



Demande d'intervention

Equipe mobile MPR

Tel: 03.82.80.29.55

Fax: 03.82.82.35.24

equipemobilempr@ladapt.net

EST
www.ladapt.net

Demandeur

Nom- Prénom	<input type="text"/>	Tel	<input type="text"/>
Fonction	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
Etablissement	<input type="text"/>	Mail	<input type="text"/>
Service	<input type="text"/>		

Bénéficiaire

Nom- Prénom	<input type="text"/>	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>					
Tel portable	<input type="text"/>	Tel fixe	<input type="text"/>			
Caisse SS	<input type="text"/>	N° de SS	<input type="text"/>			
Médecin traitant	Dr. <input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>			
Mail	<input type="text"/>	Tel	<input type="text"/>			
Personne à contacter	Mme- M. <input type="text"/>	Qualité	<input type="text"/>			
Mail	<input type="text"/>	Tel	<input type="text"/>			
Mesures de protection	<input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle		Coordonnées du mandataire	<input type="text"/>		

Situation du bénéficiaire au jour de la demande

A domicile avec HAD Oui Non
 En établissement méd. Social
 A l'hôpital Date d'hospitalisation : Date de sortie envisagée :

Objet de la demande

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluation du projet du retour à domicile | <input type="checkbox"/> Avis médical (MPR) |
| <input type="checkbox"/> Evaluation pour aides humaines | <input type="checkbox"/> Aide au maintien à domicile |
| <input type="checkbox"/> Evaluation psycho-affective et/ou cognitive | <input type="checkbox"/> Education des aidants |
| <input type="checkbox"/> Evaluation des aides techniques | <input type="checkbox"/> Education à la santé (pathologie, traitement, appareillage) |
| <input type="checkbox"/> Evaluation pour l'aménagement du domicile | <input type="checkbox"/> Evaluation et/ou soutien social |

Compléments d'information sur la demande d'intervention :

La personne a-t-elle déjà bénéficié d'une prise en charge par un service d'accompagnement (Assistante sociale de secteur, Pôle autonomie, MDPH, réseaux de santé, ...) Oui Non

Si oui, indiquer les coordonnées de l'organisme

Accord du bénéficiaire : Le bénéficiaire et sa famille ont été informés de la demande

Accord du bénéficiaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Accord de la famille (Préciser): <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Informations médicales du patient

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Histoire de la maladie : *(possibilité de joindre des comptes rendus d'hospitalisation et de consultation)*

Description clinique actuelle :

Pathologie en rapport avec :

- Maladie professionnelle Date : ... / ... / ... ALD Date : ... / ... / ...
 un accident de travail Date : ... / ... / ...

Traitement en cours : *(possibilité de joindre une ordonnance)*

Environnement socio-familial :

Dispositifs médicaux et sociaux existants :

- IDE SSIAD : _____ Portage des repas
 Kinésithérapeute : _____ Téléalarme
 Service d'aide à la personne : _____ Autres : _____

BILAN D'AUTONOMIE ET D'INDÉPENDANCE A CE JOUR

RESPIRER	<input type="radio"/> Sans gênes <input type="radio"/> O ² : l/mn,	<input type="radio"/> trachéotomie ...h/24h	<input type="radio"/> kinésithérapie <input type="radio"/> autres
SE MOUVOIR	<input type="radio"/> Marche seul <input type="radio"/> Alité	<input type="radio"/> Avec aide <input type="radio"/> Canne/ béquilles <input type="radio"/> Déambulateur <input type="radio"/> Fauteuil roulant	<input type="radio"/> Transferts <input type="radio"/> Seul <input type="radio"/> Aide partielle <input type="radio"/> Aide totale
ELIMINATION	<input type="radio"/> Continent	<input type="radio"/> Incontinence fécale	<input type="radio"/> Incontinence urinaire
TOILETTE	<input type="radio"/> Seul	<input type="radio"/> Aide partielle	<input type="radio"/> Aide totale
HABILLAGE	<input type="radio"/> Seul	<input type="radio"/> Aide partielle	<input type="radio"/> Aide totale
ALIMENTATION	<input type="radio"/> Mange seul	<input type="radio"/> Aide partielle	<input type="radio"/> Aide totale
COMPORTEMENT	<input type="radio"/> appareillage :		
EVITER LES DANGERS	<input type="radio"/> Risque de chute	<input type="radio"/> Autre	
COMMUNICATION	<input type="radio"/> Risque d'escarre		
COMPORTEMENT	<input type="radio"/> Trouble du comportement	A préciser :	
COMMUNICATION	<input type="radio"/> Trouble de la communication	A préciser :	

OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES :

Date : / /

Signature :

Cachet de l'établissement :