

## DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE D'APPUI EN ADAPTATION ET READAPTATION

<u>Demander</u>	<u>Personne accompagnée</u>
<input type="checkbox"/> <b>La personne a donné son accord pour l'intervention (requis)</b>	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Autre Nom Prénom : Nom de jeune fille : Date de naissance : Adresse : N° de téléphone : Mail : Personne à contacter :
Date de la demande : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.	

**Plus la demande sera détaillée et plus le travail des professionnels sera facilité.**

<b>Situation familiale</b> : Choisissez un élément.			
<b>Lieu de vie</b> :	<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Hôpital :	<input type="checkbox"/> Date de sortie prévue :
<b>Médecin traitant</b> :	<input type="checkbox"/> Oui Dr.....	<input type="checkbox"/> Non	<b>GIR</b> : Choisissez un élément.
<b>Pathologie(s)</b> :			
<b>Difficultés rencontrées</b> :			
<b>Services en place</b> :			
<b>Dossier(s) d'aide</b> : Choisissez un élément.			

**ERGOTHERAPEUTE**

Aides techniques déjà présentes : .....

Aides techniques, matériels : .....

Aménagement de logement : .....

Prévention des chutes : Fréquence des chutes : .....

**PSYCHOLOGUE**

Accompagnement psychologique de la personne : .....

Accompagnement psychologique d'un ou des aidants : .....

**Motif** : .....

**Antécédents éventuels** : .....

**DIETETICIENNE (joindre le dernier bilan sanguin si possible)**

**Motif** : .....

