

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ÉQUIPE D'APPUI EN ADAPTATION ET RÉADAPTATION

<u>Demandeur</u>	<u>Personne accompagnée</u>
Nom – prénom :	☐ Madame ☐ Monsieur ☐ Autre
Fonction :	Nom Prénoms :
Organisme :	Nom de jeune fille :
	Date de naissance et lieu :
☐ Je souhaite recevoir le compte-rendu par mail (précisez) :	Adresse :
	Numéro :
Date de la demande : 25/09/2025	Personne à contacter (pour RDV) et lien avec le patient :
	☐ La personne a donné son accord pour l'intervention (requis)

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

Situation familiale : Choisissez un élément.

Lieu de vie : ☐ Domicile ☐ Hôpital : ☐ Date de sortie prévue :

Médecin traitant (précisez) : ☐ ☐ Non

Pathologie(s) :

Services en place :

Dossier(s) d'aide : **GIR :** Choisissez un élément.

☐ **ERGOTHÉRAPEUTE** - Précisez :

Aides techniques déjà présentes :

Motif :

☐ **PSYCHOLOGUE** - Précisez :

☐ Accompagnement psychologique de la personne :

☐ Accompagnement psychologique d'un ou des aidants :

Antécédents éventuels :

Motif :