

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION

Equipe d'Appui en Adaptation et Réadaptation

Date de la demande :

Emetteur de la demande :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Adresse :

.....

.....

Email :

Lien de parenté :

- Epoux
- Conjoint
- Enfant
- Autre

Organisme :

- Médecin traitant
- Professionnels libéraux
- Etab. de santé médecine/chirurgie
- Etab. de santé soins de suite
- SSIAD
- ESA
- CLIC
- MAIA
- Services à domicile
- Autre :

Personne concernée :

- Accord de la personne

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Situation familiale :

- Marié(e)
- Concubinage
- Veuf(ve)
- Célibataire
- Autre

Personne ressource et coordonnées :

.....

Médecin traitant :

Mesure de protection en place :

- Oui
- Non

APA :

- Oui si oui, GIR :
- Non

Demande :

Nature de la demande :

- Aide aux aidants familiaux
- Aide aux aidants professionnels
- Chutes/risque de chutes
- Problème d'adaptation du logement
- Difficultés liées aux troubles cognitifs
- Fragilité de l'état psychologique
- Perturbation des activités de vie quotidienne
- Problématiques autour de l'alimentation
- Autre

Contexte de la demande :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Moyens humains et Techniques en place :

- Cabinet infirmier
- SSIAD
- ESA
- MAIA
- HAD
- Services à domicile
- Accueil de jour
- Téléalarme
- Autre, précisez :

Pharmacie référente :