

DEMANDE D'INTERVENTION EQUIPE MOBILE AVC/NEURO de Réadaptation et Réinsertion

Après accord explicite de la personne et/ou de la personne de confiance, ou le cas échéant, de son représentant légal, adresser cette demande à **L'Equipe mobile AVC/ Neuro de Réadaptation et Réinsertion**,

Hôpital ROTHSCHILD Bâtiment Jardin 5 rue Santerre 75012 PARIS ou par mail à : **equipemobile.parisest@rth.aphp.fr**

A réception de celle-ci, un membre de l'équipe prendra contact avec les bénéficiaires

IDENTITE DE LA PERSONNE

Nom : Prénom : Sexe : F M Date de naissance : / /

Situation actuelle :

Hospitalisé Date de sortie le : / / Au domicile En établissement médico-social

Profession :

Adresse : Tél:

Situation familiale : Célibataire Marié Veuf Séparé Divorcé Pacs Concubin Ne sait pas

PERSONNE RESSOURCE

Nom : Prénom : Téléphone : Lien de parenté :

DEMANDEUR (joindre si possible un compte rendu médical)

Nom : **Fonction :**

Date : / /

Tel. :

Fax :

Mail :

Nom du médecin traitant (si connu) :

Intervenants au domicile (kiné, infirmier, SSIAD, Samsah...) :

Diagnostic et séquelles

AVC Date de l'accident : / /

Autre: Date de diagnostic : / /

Commentaires :

Troubles moteurs

Troubles sensitifs

Autres:

Troubles cognitifs

Trouble du comportement

MOTIF PRINCIPAL DE LA DEMANDE

Informations, conseils ou orientation

Evaluation fonctionnelle (Physique/Cognitive)

Evaluation/Aménagement domicile

Evaluation / Aides humaines

Aide administrative (ouverture de droits, révision de dossier)

Amélioration de la participation sociale

Formation/ Aide aux aidants

Autre:

Commentaires et précisions :

Accord patient : Oui Non