



**DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE DE
READAPTATION POUR LES ADULTES HANDICAPES
DU CRF DE SALIES-DE-BEARN**

EMRAH

CRF Salies-de-Béarn

A compléter puis à adresser par Courrier, Fax ou Mail, après accord de la personne à

**CENTRE DE REEDUCATION
EMRAH
3, Boulevard Saint Guilly
64270 SALIES-DE-BEARN**

A réception de la demande, un membre de l'équipe prendra contact directement avec la personne concernée.

Equipe Mobile :

06.22.64.48.06

Fax :

05.59.38.75.28

emrah.crf.salies@lerss.fr

Patient :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :/...../.....

Sexe : F

M

Date de la demande :

Demandeur :

Nom :

Structure :

Adresse :

Tel :

Nature de la demande :

- Avis rééducatif
- Positionnement Assis/Couché
- Evaluation Aides Techniques
- Autre :

Médecin traitant référent :

Adresse :

Téléphone :

Informé de la demande : Oui Non

Si revendeur de Matériel (fauteuil roulant...) Nom :

Lieu :

Intervenants à domicile :

Oui Non

- Infirmier(e) - Nom, Prénom, Coordonnées
- Kinésithérapeute - Nom, Prénom, Coordonnées
- Service d'aide à la personne - Nom, Prénom, Coordonnées
- Autre

Date de début des troubles :

Historique de la maladie et tableau clinique :

Le patient est-il informé du diagnostic et de son évolution ? Oui Non

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Traitement :

Situation familiale :

Vit seul(e) Célibataire Séparé(e) Divorcé(e)
Vit en couple Marié (e) Enfants (Nombre) Veuf (e)

Personne ressource :

Nom : _____ Prénom : _____ Qualité : _____

Tutelle : Oui Non

Curatelle : Oui Non

La personne a-t-elle déjà bénéficié d'une prise en charge centre de rééducation ?

Oui Non Date : _____

Lequel ? :

Nom du médecin :



EQUIPE MOBILE DE READAPTATION POUR LES ADULTES HANDICAPES DU CRF DE SALIES-DE-BEARN

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM

PRENOM

NOM DE JEUNE FILLE Né(e) le/...../.....

Adresse Complète :
.....
.....

Téléphone Domicile : Portable :
En couple Célibataire

Tutelle Curatelle
Coordonnées :

PERSONNE REFERENTE :
QUALITE :
COORDONNEES :

Couverture Sociale

Si assuré différent du patient : Nom et Prénom :.....

NOM DE L'ORGANISME :
Adresse complète :
.....

N° Immatriculation :/.....

Mutuelle

Si adhérent différent du patient : Nom et Prénom :
NOM DE L'ORGANISME :

Adresse complète :
.....

N° Adhérent :

Situation au regard de l'emploi

Profession Retraité(e) En études/formation Sans emploi