

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____ Téléphone : _____
 Code postale : _____ Mail : _____
 Ville : _____

- Absence de médecin traitant
 Accord du médecin traitant pour cette demande [SSIAD / ESA]
 Courrier médical joint (antécédents / pathologies / traitement en cours) [SSIAD / ESA]
 Ordonnance initiale jointe à cette demande [SSIAD / ESA]

	NOM	ADRESSE	TELEPHONE
Médecin spécialiste			
Neurologue			
Cabinet infirmier			
Assistant social / conseiller en gérontologie			
Autre			

AUTONOMIE

Alité : OUI NON
 Marche : OUI NON Seul(e) Avec aide
 Alimentation orale : OUI NON Seul(e) Avec aide
 Hygiène corporelle : Seul(e) Avec aide
 Continence urinaire : OUI NON Poids : _____
 Continence fécale : OUI NON
 Plaie : OUI NON Localisation : _____

Trouble du comportement : OUI NON GIR : _____
 Type : _____

Matériel(s) déjà en place :

Lit médical Matelas à mémoire de forme Matelas à air
 Fauteuil roulant Chaise percée Déambulateur
 Verticalisateur Oxygénothérapie Lève personne

Nature prise en charge :

Entretien du cadre de vie Courses Aide à la toilette Aide à la prise des repas
 Autre

Objectifs et fréquences de la prise en charge :

Date : _____
 Signature du demandeur : _____
 Cachet : _____