

## DEMANDE D'INTERVENTION

Ce document doit être rempli par un professionnel (santé, social, médico-social), après accord explicite de la personne ou de son représentant légal. Merci d'envoyer cette demande par mail, messagerie sécurisée de santé ou par courrier.

Personne concernée par la demande		Accord pour cette demande <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom d'usage : _____ Prénom : _____ Nom de naissance : _____ Date de naissance : _____ Adresse : _____ Téléphone fixe : _____ Téléphone mobile : _____ Email : _____			
Autre personne à contacter : _____		Téléphone : _____	
Protection juridique			
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Demande en cours <input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice Nom-prénom du mandataire: _____ Organisme : _____ Téléphone : _____ Email : _____			
Situation au regard de l'emploi			
<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Sans emploi			
Situation actuelle			
<input type="checkbox"/> Vit à domicile (y compris famille d'accueil) <input type="checkbox"/> Est hospitalisé Lieu/service : _____ Date de sortie prévue : _____ <input type="checkbox"/> Vit en établissement médico-social			
		L'établissement dispose : <input type="checkbox"/> d'un ergothérapeute ? <input type="checkbox"/> d'un assistant de service social ?	
Médecin traitant		Informé de la demande : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Email : _____			
Intervenants auprès de la personne			
<input type="checkbox"/> Infirmier : _____ <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute : _____ <input type="checkbox"/> Service d'aide à la personne : _____ <input type="checkbox"/> Autres : _____			
Motif de la demande			

**Historique de la maladie et tableau clinique actuel**  
(merci de joindre les derniers comptes rendus médicaux)

--

**Antécédents**

--

**Traitements**

--

**La personne rencontre-t-elle des difficultés pour réaliser certaines activités ?**

<b>Activités de vie quotidienne</b>	<input type="checkbox"/> Se laver	<input type="checkbox"/> Se déplacer	<input type="checkbox"/> Téléphoner, alerter
	<input type="checkbox"/> S'habiller	<input type="checkbox"/> Aller aux toilettes	<input type="checkbox"/> Autre(s) :
	<input type="checkbox"/> Manger	<input type="checkbox"/> Prendre ses médicaments	
<b>Activités complexes</b>	<input type="checkbox"/> Préparer les repas	<input type="checkbox"/> Gérer les démarches administratives	<input type="checkbox"/> Exercer une activité bénévole ou un emploi
	<input type="checkbox"/> Faire les courses	<input type="checkbox"/> Gérer les finances	<input type="checkbox"/> Autre(s) :
	<input type="checkbox"/> Faire le ménage	<input type="checkbox"/> Conduire	
<b>Loisirs</b>	<input type="checkbox"/> Se promener à l'extérieur	<input type="checkbox"/> Rencontrer ses proches	<input type="checkbox"/> Autre(s) :

**Quel est l'impact de l'environnement de la personne sur sa santé, sa sécurité, sa participation ?**

	Plutôt un facilitateur	Plutôt un frein
Son environnement matériel (logement, aides techniques, ressources financières...) est...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Son environnement humain (famille, voisins, intervenants professionnels...) est...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Demandeur**

Nom :	Prénom :
Structure et fonction :	
Adresse :	
Téléphone :	Email :

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.

Signature