

## 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.

<b>Personne concernée par la demande</b>	 <b>Accord pour cette demande</b> <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 : Personne à contacter : Téléphone :	
<b>Protection juridique</b>	
<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 :	
<b>Situation au regard de l'emploi</b>	
<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Sans emploi	
<b>Situation actuelle</b>	
<input type="checkbox"/> Vit à domicile (y compris famille d'accueil) <input type="checkbox"/> Est hospitalisé Lieu/service : } L'établissement dispose : Date de sortie prévue : } <input type="checkbox"/> d'un ergothérapeute ? <input type="checkbox"/> Vit en établissement médico-social (cf. adresse). } <input type="checkbox"/> d'un assistant de service social ?	
<b>Médecin traitant</b>	<b>Informé de la demande</b> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom : Prénom : Adresse : Téléphone : Email :	
<b>Intervenants auprès de la personne</b>	
<input type="checkbox"/> Infirmier : <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute : <input type="checkbox"/> Service d'aide à la personne : <input type="checkbox"/> Autres :	
<b>Demandeur</b>	
Nom : Prénom : Structure et fonction : Adresse : Téléphone : Email :	

**Historique de la maladie et tableau clinique actuel**

*(merci de joindre tout document médical susceptible de concourir à la description de la situation)*

--

**Antécédents**

--

**Traitements**

--

**Quelles sont les principales difficultés rencontrées par la personne ?**

<b>Vie quotidienne</b> Se laver, s'habiller, manger, prendre ses médicaments, se déplacer, réaliser les transferts, aller aux toilettes, alerter...	
<b>Activités complexes</b> Préparer les repas, faire les courses, entretenir sa maison, gérer les démarches administratives et financières, conduire...	
<b>Loisirs / Travail</b> Sortir se promener, rencontrer d'autres personnes...	

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

<b>Plutôt un facilitateur</b>	<b>Plutôt un frein</b>
-------------------------------	------------------------

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"/>
--	--------------------------	--------------------------

**Motif de la demande d'intervention**

--

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.

*Signature du demandeur*