

A retourner complété par mail à emovy@ght-novo.fr

DATE DE LA DEMANDE :

DEMANDEUR DE L'INTERVENTION

Nom : Fonction :

Téléphone : Email :

IDENTITE DE LA PERSONNE

Nom : Prénom : Sexe : F M

Date de naissance : Téléphone :

Adresse :

Célibataire En couple Séparé Veuf

Situation actuelle : Au domicile En établissement médico-social

Hospitalisé : date de sortie prévue :

Médecin traitant :

Intervenants au domicile (Kiné, IDE, SSIAD, SAMSAH) :

PERSONNE RESSOURCE

Nom : Téléphone :

Lien :

MOTIFS PRINCIPAUX DE LA DEMANDE

Informations, conseils, orientation :

Evaluation fonctionnelle au domicile :

Evaluation des besoins en aides techniques/aménagements :

Evaluation des besoins en aides humaines :

Aide administrative (ouverture de droits, révision de dossier...) :

Amélioration de la participation sociale :

Formation/aide aux aidants :

Appel téléphonique pour vérifier la qualité du retour après une hospitalisation :

Autre :

Commentaires et précisions :

Accord de la personne : Oui Non

DIAGNOSTIC ET SEQUELLES (joindre un compte rendu médical récent)

Neurologie

AVC date :

SEP depuis :

SLA depuis :

TC date :

Parkinson

Lésions médullaires

Neuropathies périphériques et Polyradiculonévrites

Affections neuromusculaires, myopathies

Tumeurs cérébrales

IMC et polyhandicaps lourds

Autre

Orthopédie /Traumatologie /Polytraumatismes

Polytraumatismes

Chirurgie et fractures du rachis

Fractures et lésions du bassin

Chirurgie et lésions du membre supérieur (dont amputation)

Chirurgie et lésions du membre inférieur (dont amputation)

Autre

Troubles moteurs :

Troubles cognitifs :

Troubles sensitifs :

Troubles du comportement :

Autres commentaires :

CONDITIONS DE VIE / AUTONOMIE

Locataire	Propriétaire					
Vit seul(e)	Oui	Non	Si non, avec son conjoint	Oui	Non	Autre
Vit dans un appartement	au rez de chaussée			à l'étage sans ascenseur		
	A l'étage avec ascenseur			marches d'accès		
Vit dans une maison	de plain-pied		marches d'accès		escalier	
Salle de bain :	baignoire					
	Douche		adaptée		non adaptée	
	Autre aide technique					

Revenus :

Salarié	Invalidité	Retraité	Sans ressources
Indemnités journalières :	SS	AAH	ASSEDIC
Congé longue maladie			

<u>Dossier MDPH :</u>	Oui	Non	PCH:	Oui	Non
-----------------------	-----	-----	------	-----	-----

<u>Dossier APA :</u>	Oui	Non
----------------------	-----	-----

<u>Aide à domicile en place :</u>	Oui	Non
-----------------------------------	-----	-----

Aide-ménagère :	Oui	Non	Portage des repas :	Oui	Non
-----------------	-----	-----	---------------------	-----	-----

Auxiliaire de vie :	Oui	Non	Télé alarme :	Oui	Non
---------------------	-----	-----	---------------	-----	-----

HAD :	Oui	Non	SSIAD :	Oui	Non
-------	-----	-----	---------	-----	-----

IDE libérale :	Oui	Non	Kiné libéral :	Oui	Non
----------------	-----	-----	----------------	-----	-----

Orthophoniste:	Oui	Non
----------------	-----	-----

Transferts

Indépendant	Aide matérielle	Aide humaine
-------------	-----------------	--------------

Mobilité intérieur /extérieur

Indépendant

Aide technique :

Fauteuil roulant manuel : se déplace seul	Oui	Non
---	-----	-----

Fauteuil roulant électrique

Déambulateur

Canne