

# Demande d'intervention HANDICAP 33

## Fédération des Équipes Mobiles de Réadaptation

Document confidentiel à transmettre après accord explicite de la personne concernée  
(ou de sa personne de confiance) à l'équipe Handicap 33

**Par mail : [secretariat@handicap33.fr](mailto:secretariat@handicap33.fr) Par Fax : 05.56.20.13.97**

*A réception de ce document, l'équipe prendra contact avec le demandeur ou la personne concernée directement.*

### DEMANDEUR

Nom :

Fonction / Service :

Téléphone :

Mail :

### IDENTITE DU PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :  F     M

Adresse :

Téléphone :

Personne de confiance et/ou à prévenir : .....

Mesure de protection :      Non          Oui   

si oui : type de mesure, nom et téléphone.....

Situation familiale :     Vit seul     Entourage :.....

Profession :.....

#### Situation au moment de la demande :

Hospitalisé, date de sortie prévue :

Au domicile sans HAD       Au domicile avec HAD (précisez) :.....

En établissement Médico-social (précisez) :.....

Motif de la demande : .....

.....  
.....

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aide au maintien à domicile                         | <input type="checkbox"/> Aide au retour à domicile | <input type="checkbox"/> Aide aux aidants   |
| <input type="checkbox"/> Avis médical MPR                                    | <input type="checkbox"/> Évaluation ergothérapique | <input type="checkbox"/> Évaluation sociale |
| <input type="checkbox"/> Orientation / Coordination du projet de rééducation |  |   |

Diagnostic, Date de survenue de la maladie et Parcours hospitalier :.....

.....  
.....

Description clinique actuelle : .....

.....  
.....

**Merci de joindre un compte rendu médical ou d'hospitalisation**

Date de la demande :

Signature :

**HANDICAP 33 – Fédération des Equipes Mobiles de Réadaptation**

Château Rauzé – 26, avenue du Rauzé – 33 360 CENAC

Secrétariat : 05.56.33.68.46 – [secretariat@handicap33.fr](mailto:secretariat@handicap33.fr)