

A adresser par mail : em3r@fondationalia.fr	Date de la demande :
--	----------------------

BENEFICIAIRE	
Nom : Prénom : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Date de naissance :	Adresse : CP : Ville : Téléphone : Numéro sécurité sociale :
Nom du médecin traitant (et coordonnées si connues) :	Personne ressource (nom/coordonnées/liens) : Mesure de protection juridique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui – Exercée par :

PRESCRIPTEUR	
<input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Service hospitalier (préciser) : <input type="checkbox"/> Etablissement (préciser) : <input type="checkbox"/> Professionnel libéral (préciser) : <input type="checkbox"/> Service social/médico-social (préciser) :	Coordonnées :
MOTIF DE LA DEMANDE	OBJECTIFS
	<input type="checkbox"/> Avis MPR <input type="checkbox"/> Evaluation des besoins en aides techniques/aménagement du logement <input type="checkbox"/> Aide dans les démarches sociales/administratives <input type="checkbox"/> Evaluation des besoins d'aides humaines <input type="checkbox"/> Orientation vers un établissement ou un dispositif spécialisé
HISTORIQUE DE LA MALADIE - TABLEAU CLINIQUE – TROUBLES ASSOCIES	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Date de début des troubles :</div>	

SITUATION SOCIALE DU PATIENT	
<input type="checkbox"/> Vit en famille (préciser) <input type="checkbox"/> Vit seul (entourage présent/personne isolée) <input type="checkbox"/> Vit en institution	
Le patient bénéficie-t-il du passage d'intervenants extérieurs sanitaires ou médico-sociaux ? (préciser)	
Le patient a-t-il été informé de son orientation vers l'EM3R74 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non A-t-il donné son accord pour une demande de prise en charge par l'EM3R74 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	