

HandiMobile 41

 02.54.55.62.06

 handimobile41@ch-blois.fr

Mme Anne-Claire MONCHAUSSÉ
Ergothérapeute Coordinatrice

Dr Florence DOURY-PANCHOUT
Médecin Référent

Mme Sarah DUVEAU HOARAU
Kinésithérapeute



Mme Christelle PELLERIN
Assistante Sociale

Mme Marie GUILLARD
Diététicienne-nutritionniste

Mme Nathalie ANANIAN
Cadre de Santé

DEMANDE D'INTERVENTION DE HANDIMOBILE 41

A adresser après accord de la personne (ou du responsable légal) à :

Indication : avis spécialisé pluridisciplinaire (MPR, ergothérapeute, assistante sociale) en rééducation pour patient(e) en situation de handicap âgé(e) **de 18 à 75 ans** (expertise et/ou orientation).

HandiMobile 41

CH de BLOIS Simone Veil

Mail Pierre Charlot

41016 BLOIS Cedex

DATE DE LA DEMANDE :

MERCI DE JOINDRE UNE COPIE DE LA PIECE D'IDENTITE ET DE LA CARTE VITALE (ou ATTESTATION de l'ASSURANCE MALADIE)

DONNÉES ADMINISTRATIVES

PATIENT

Nom :	Prénom :	Dossier n° :
-------	----------	--------------

Date de naissance :	Âge :
---------------------	-------

Adresse :

Téléphone :	Téléphone portable :	Mail :
-------------	----------------------	--------

En cas de mesure de protection juridique, coordonnées du responsable légal :

DEMANDEUR

Nom :

Structure :

Adresse :

Téléphone :

Lien avec le patient :

PROFESSIONNELS DE SANTÉ INTERVENANT AUPRÈS DU PATIENT

Médecin traitant référent (si différent du demandeur)

Nom :

Adresse :

Téléphone :

INFORMATIONS RELATIVES À LA DEMANDE

NATURE DE LA DEMANDE

Évaluation dans le cadre d'une hospitalisation

Lieu d'hospitalisation :

Téléphone :

Évaluation d'un patient à son domicile

MOTIF DE LA DEMANDE

-

PATHOLOGIE RESPONSABLE DE LA SITUATION DE HANDICAP

-

PARTIE RÉSERVÉE À HANDIMOBILE 41

DÉCISION SUITE À LA COMMISSION D'ADMISSION

Date :

Expertise clinique :

Avis sur dossier :

Hors critères d'admission :

