

HandiMobile 41

☎ 02.54.55.62.06

💻 handimobile41@ch-blois.fr

Mme MONCHAUSSE Anne-Claire
Ergothérapeute Coordinatrice

Dr DOURY-PANCHOUT Florence
Médecin Référent

Mme PELLERIN Christelle
Assistante Sociale

Mme DUVEAU HOARAU Sarah
Kinésithérapeute

Mme CHAMPALOU Pascale
Diététicienne-Nutritionniste

Mme SPIR Justine
Ergothérapeute

Mme ANANIAN Nathalie
Cadre de Santé

Mme BLOUIN Cécilia
Assistante Médico-Administrative

DEMANDE D'INTERVENTION DE HANDIMOBILE 41

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

HandiMobile 41

CH de BLOIS Simone Veil

Mail Pierre Charlot

41016 BLOIS Cedex

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).

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 : 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 :