



DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ESPRAD

A faxer au 03.27.14.86.57 ou tél au 03.27.14.86.72

Visite effectué
le :

PTA

ESPRAD

DATE :

EMETTEUR DE LA DEMANDE

Etablissement de santé :

Nom, prénom :

IDENTITE DU PATIENT

Nom et prénom : Nom de jeune fille :

Date de naissance : âge :

Adresse :

Téléphone :

PERSONNE à PREVENIR

Nom et prénom : lien de parenté :

Adresse :

Téléphone :

MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone :

Informé(e) de la démarche : OUI NON

MEDECIN SPECIALISTE

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone :

Informé(e) de la démarche : OUI NON

ORIENTATION PATIENT

REHABILITATION à DOMICILE

MOTIF DE DEMANDE

.....

.....

.....

Critères d'inclusion <ul style="list-style-type: none">➤ à partir de 60 ans,➤ Personne Agée,➤ Personne présentant Une Maladie de parkinson, SEP ou Maladies Apparentées➤ Domicilié(e) dans le territoire du Valenciennois-Quercitain➤ Bilan Chute réalisé le : à Prévu le : à➤ Bilan neurologie le : à prévu le : à	
<input type="checkbox"/> PEC chute réhabilitation /réadaptation à domicile	<input type="checkbox"/> PEC Maladie de Parkinson, SEP, et Maladies Apparentées
<ul style="list-style-type: none">➤ <input type="checkbox"/> GIR 2-3-4➤ PA ayant chuté ou à risque élevé de chute:<ul style="list-style-type: none">▪ 1 / risque élevé<input type="checkbox"/> personnes ayant fait des chutes répétées (au moins 2 chutes depuis 12 mois)<u>Et/ou</u>▪ 2/risque grave<input type="checkbox"/> chute grave avec conséquences:	<ul style="list-style-type: none">➤ <input type="checkbox"/> maladie de parkinson➤ <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques (Pec possible à partir de 18 ans)➤ <input type="checkbox"/> Maladies apparentées :

⇒ **Connaissances du patient :**

Date et circonstances de la dernière chute:

⇒ Score MMS : Le :

⇒ GIR: Le:

⇒ **Si hospitalisation en cours, date de sortie prévue :**

⇒ **Orientation de la prise en charge suite à la visite:**

- Réhabilitation à domicile
- Réorientation :

⇒ **Si refus, motif de refus :**