

Plateforme Territoriale d'Appui du Valenciennois-Quercitain

Demande intervention ergothérapeute

A adresser par E-mail: ergotherapeute@filiere-geriatrique-du-valenciennois.fr

Date de réception de la demande/...../..... **N° de dossier :**

Emetteur/origine de la demande

NOM/Prénom Fonction(s)
 Structure/service ☎/...../...../...../.....
 Courriel

Renseignements socio-administratifs

Personne concernée	Personne référente
NOM / Prénom	NOM / Prénom
.....
Date de Naissance	Statut
Adresse
.....	Adresse
☎/...../...../...../.....
Courriel	☎/...../...../...../.....
.....	Courriel
<input type="checkbox"/> Personne favorable à la transmission des informations la concernant
<input type="checkbox"/> Personne informée et favorable à l'orientation proposée	

Renseignements médicaux

Médecin Traitant Coordonnées

Informé de la démarche Oui Non

Pathologies	Contexte de la demande
.....	<input type="checkbox"/> Evaluation environnementale
.....	<input type="checkbox"/> Evaluation autonomie pour les actes de la vie quotidienne
.....	<input type="checkbox"/> Evaluation transfert
.....	<input type="checkbox"/> Positionnement fauteuil ou lit
.....	<input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :
.....
.....

Remarques / Commentaires

Autres professionnels/intervenant à domicile (exemple ESPRAD, EM2R ...) / Aides existantes ou en cours (financières/techniques) / degré d'autonomie ?