

DEMANDE D'ORIENTATION VERS L'EQUIPE MOBILE CALVÉ



BÉNÉFICIAIRE

Nom : Prénom :
Né(e) : Lieu de naissance :
Adresse principale :

Téléphone :
Mail :
Mesure de protection juridique : Oui* Non En cours
*Si oui, merci d'apporter des précisions dans la partie « informations complémentaires »

PERSONNE DE RESSOURCE ET/OU DE CONFIANCE

Nom : Prénom :
Lien de parenté :
Téléphone :

MÉDECIN TRAITANT

Nom :
Prénom :
Téléphone :
Mail :
Adresse :

COUVERTURE SOCIALE

N° matricule :
Organisme :
Mutuelle santé : Oui* Non
*Si oui, merci de préciser :

NATURE DE LA DEMANDE

- Evaluation fonctionnelle (Physique/Cognitif)
- Evaluation pour l'aménagement du domicile
- Evaluation pour des aides humaines
- Evaluation des aides techniques
- Soutien administratif
- Favoriser / Maintenir la participation à la citoyenneté
- Autres :

Equipe Mobile Calvé

72, esplanade Parmentier
62608 Berck-sur-Mer Cedex

www.fondation-hopale.org

equipemobile.calve@fondation-hopale.org

Téléphone : 03 21 89 33 30 - Fax : 03 61 22 35 11

HISTOIRE DE LA MALADIE ET TABLEAU CLINIQUE

ANTÉCÉDENTS MÉDICO-CHIRURGICAUX

(Bref historiques des hospitalisations en lien avec la problématique ciblée par la demande)

TRAITEMENT ACTUEL

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

(Toutes précisions indispensables à la motivation de la demande..)

SERVICE DEMANDEUR

Nom :

Prénom :

Fonction :

Structure :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Je certifie que la demande est effectuée après l'accord explicite de la personne elle-même ou de son représentant légal.

Je certifie que le médecin traitant a bien donné son accord.

Date de la demande : / / 20....

Signature

Cachet du service/établissement