



Groupe Hospitalier
Artois-Ternois
CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS

DEMANDE D'INTERVENTION

A Retourner par mail :

EMSSR@gh-artoisternois.fr

Accord préalable du patient : OUI NON

BENEFICIAIRE

NOM : Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance : Age :
Adresse :
Tel : Email :
N°SS : Mutuelle :
Personne de confiance :

DEMANDEUR

Date de la demande :
Nom : Prénom :
Structure et/ou Fonction :
Adresse :
Tel :

SITUATION FAMILIALE

En couple Vit seul Célibataire
Divorcé/séparé Autre
Enfants : OUI NON Combien :
Protection Juridique :

SITUATION PROFESSIONNELLE

En activité
Sans emploi
En invalidité
Retraité
Autre :

MEDECIN TRAITANT

Nom-Prénom
Adresse :
Tel :
Mail :
Informé de la demande : OUI NON

INTERVENANTS

Infirmier(e) :
Kinésithérapeute :
Service d'aide à la personne :
Autre :

LIEU DE VIE

Propriétaire

Locataire

Etablissement

Maison

Appartement

Plain-pied

Avec étage

NATURE DE LA DEMANDE

Motif de la demande (description des difficultés quotidiennes)

Evaluation des besoins

Evaluation du lieu de vie

Evaluation des aides techniques

Evaluation sociale

Histoire de la maladie :

Date de début :

Traitements :

Antécédents :

La personne a-t-elle déjà bénéficié d'une prise en charge en centre de rééducation ?

Oui

Non

Lequel ?

Date :

Equipe Mobile du Handicap

Groupe Hospitalier Artois-Ternois

Centre Hospitalier d'Arras

3 boulevard Georges Besnier 62 000 Arras



03.21.21.19.06

@EMSSR@gh-artoisternois.fr