



Equipe d'Appui en
Adaptation-Réadaptation
du Nord-Mayenne

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION DE
L'EQUIPE D'APPUI EN ADAPTATION-READAPTATION
DU NORD-MAYENNE**

Date :

FICHE A ENVOYER PAR E-MAIL ou PAR FAX ou PAR COURRIER

Email : eaar@ch-mayenne.fr

Fax : 02.43.08.22.08

Adresse : 229 Boulevard Paul Lintier – CS 60102 – 53103 MAYENNE Cedex

Emetteur de la demande :

Nom :

Organisme :

Prénom :

Adresse :

Fonction :

Tél. :

E-mail :

Personne concernée :

Personne âgée et atteinte d'une maladie chronique

Personne en situation de handicap vieillissante

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. :

Date de naissance :

Situation familiale :

- Domicile personnel :

Locataire

Propriétaire

- Accueilli en :

Etablissement médico-social non médicalisé
(Foyer logement, MARPA, etc.)

Famille d'accueil

Domicile des enfants
ou d'un membre de
la famille

Médecin traitant :

Mesure de protection mise en place :

OUI

NON

Si oui quelle mesure :

Personne ressource à contacter :

↑ **Consentement obligatoire de la personne concernée, et/ou de son représentant légal, et/ou de sa personne de confiance, à l'échange d'informations sur sa situation. A réception de cette fiche, l'Equipe d'Appui en Adaptation-Réadaptation pourra éventuellement contacter le médecin traitant et les professionnels intervenants au domicile de la personne concernée.**

Identité de la ou des personnes ayant donné leur consentement (Nom, Prénom, lien avec la personne) :

Services, dispositifs intervenants (précisez le nom du service et de l'intervenant) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cabinet infirmier : | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute : |
| <input type="checkbox"/> Pharmacie | |
| <input type="checkbox"/> HAD (Hospitalisation à domicile) : | <input type="checkbox"/> Hébergement temporaire : |
| <input type="checkbox"/> SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile) : | <input type="checkbox"/> Accueil de jour : |
| <input type="checkbox"/> SAD (Service à domicile) : | |
| <input type="checkbox"/> Portage de repas : | <input type="checkbox"/> Téléalarme : |
| <input type="checkbox"/> MDA (Maison Départementale de l'Autonomie) | |
| <input type="checkbox"/> ESA (Equipe spécialisée Alzheimer) : | |
| <input type="checkbox"/> EMG (Equipe Mobile de Gériatrie) : | |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : | |

Prestations connues / Ressources :

- APA - GIR :
- PCH
- Invalidité – Catégorie :
- Autre (précisez) :

Contexte de la demande :

- Personne en lieu de vie (domicile ou foyer logement)
- Faciliter le retour à domicile
 - Après une hospitalisation (médecine, chirurgie ...)
 - En appui aux Soins de Suite et de Réadaptation
- Après un hébergement temporaire

Nature de la demande :

- Personne en risque de rupture de maintien à domicile
- Personne en perte d'autonomie non momentanée
- Besoin d'aides techniques (lit médicalisé adapté, déambulateur adapté ...)
- Besoin d'aménagement et d'organisation de l'environnement (modification de la salle de bains, des WC ...)
- Information, orientation dans les aides financières possibles liées à l'aménagement du domicile
- Accompagnement psychologique ponctuel de la personne
- Accompagnement psychologique ponctuel d'un ou des aidants
- Information, conseils alimentaires auprès d'une diététicienne
- Autres (à préciser) :

Renseignements complémentaires :

Signature de la personne concernée
Ou de son représentant légal

Signature du professionnel demandeur