



Demande de prise en charge par L'Equipe Spécialisée Maladies Neurodégénératives

Date :

Demande faite par : Qualité :

Dans le cadre de la prise en charge par le SSIAD – Equipe Spécialisée Maladies Neurodégénératives, le patient autorise le médecin prescripteur à nous communiquer les informations médicales le concernant : Oui Non.

Patient :

NomPrénom :

Nom de jeune fille :Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Suivi médical :

Nom du médecin spécialisé :

Coordonnées :

Nom du médecin traitant :

Coordonnées :

Diagnostic :

Dates de début de suivi : Diagnostic annoncé au patient : oui / non

Evolution de la pathologie :

Dernier bilan/test (date et score) :

Répercussions au quotidien :

Traitement :

Existence d'un potentiel de réadaptation : Oui Non

Objectifs souhaités (Cocher au maximum trois besoins prioritaires) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Autonomie dans les AVQ | <input type="checkbox"/> Favoriser le bien-être/estime de soi |
| <input type="checkbox"/> Adaptation du logement/matériels | <input type="checkbox"/> Prévention des chutes |
| <input type="checkbox"/> Conseils nutritionnels | <input type="checkbox"/> Reprise d'activités de loisir |
| <input type="checkbox"/> Evaluation des troubles cognitifs | <input type="checkbox"/> Soutien psychologique aidant/aidé |

Autres suivis médicaux/paramédicaux :

Aidants familiaux et/ou professionnels :

Nom, prénom de l'aidant principal :

Lien avec le patient :

Téléphone :

Remarques :

Merci de joindre la prescription : « réalisation de séances de réadaptation à domicile par une équipe pluridisciplinaire pour maladie de Parkinson, SEP, SLA ou maladies apparentées ».

Courrier à adresser à :
ADPA – Equipe Spécialisé MND
17 avenue Henri Barbusse 38300 Bourgoin-Jallieu
04.74.93.85.85 / accueil@adpa-nordisere.org

Signature du médecin prescripteur :