

Date :
Demande faite par : Qualité :

Patient :

Nom Prénom :
Nom de jeune fille :
Adresse :
Date de naissance :
Téléphone :
Numéro sécurité Sociale :

Suivi médical :

Nom du médecin spécialisé :
Coordonnées :
.....
Nom du médecin traitant :
Coordonnées :
.....
Diagnostic :
Dates de début de suivi :
Diagnostic annoncé au patient : oui non, si oui lequel :
Diagnostic annoncé à l'aidant : oui non, si oui lequel :

Répercussions des troubles au quotidien :

Score du dernier MMS (PEC possible si ≥ 15) : En date du :

Autres pathologies :
.....
.....

Existence d'un potentiel de réhabilitation : Oui Non

Objectifs souhaités :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stimulation cognitive | <input type="checkbox"/> Aide au repérage temporel |
| <input type="checkbox"/> Stimulation motrice | <input type="checkbox"/> Prévention des chutes |
| <input type="checkbox"/> Acceptation d'aides professionnelles | <input type="checkbox"/> Renforcer l'estime de soi, la communication |

Aidants familiaux et/ou professionnels :

Nom, prénom de l'aidant principal :
Lien avec le patient :
Coordonnées (téléphone, mail, adresse) :
.....

Nom, prénom :
Lien avec le patient :
Téléphone :
Coordonnées (téléphone, mail, adresse) :
.....

Merci de joindre la prescription : « faire pratiquer 12 à 15 séances de réhabilitation pour troubles cognitifs ou troubles de la mémoire ou maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée par une équipe spécialisée Alzheimer de SSIAD. »

Signature du médecin prescripteur :

Formulaire à retourner par courrier ou mail à adresser à :
ADPA – Equipe Spécialisée Alzheimer à Domicile
17 avenue Henri Barbusse 38 300 Bourgoin-Jallieu
04.74.93.85.85 / accueil@adpa-nordisere.org