



Centre de La Mayenne

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ÉQUIPE D'APPUI EN ADAPTATION ET RÉADAPTATION

Tel: 02 43 49 86 78

courriel: eaar53@laval.fr

Identification du demandeur

Nom :

Fonction :

Tel :

Courriel :

Intervenants au domicile connus du demandeur :

SSIAD SAD EMA IDEL MAIA MDA

AUTRES :

Identification de la personne concernée

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Né(e) le :

GIR si connu:

APA : oui non en cours

Médecin traitant :

- Personne à domicile présentant un risque (fragilité, maladies chroniques)
- Accompagner le retour à domicile :
 - Après une hospitalisation
 - Après un séjour en SSR
 - Après un hébergement temporaire
- Besoin d'aménagement et d'organisation de l'environnement
- Accompagnement psychologique de la personne
- Accompagnement psychologique d'un ou des aidants
- Conseil en diététique

Renseignements complémentaires :

Date :

Signature du demandeur:

Signature de la personne concernée
(si hospitalisation) :