



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

Tel : 02.43.49.86.78

Courriel : [eaar53@laval.fr](mailto:eaar53@laval.fr)

Messagerie sécurisée : [eaar53@esantepdl.mssante.fr](mailto:eaar53@esantepdl.mssante.fr)

<u>Identification du demandeur</u>	<u>Identification de la personne concernée</u>
Nom :	Nom : Prénom :
Fonction :	Téléphone :
Tel :	Adresse :
Courriel :	Commune :
Intervenants au domicile connus du demandeur :	Né(e) le :
<input type="checkbox"/> SSIAD <input type="checkbox"/> IDEL <input type="checkbox"/> SPASAD <input type="checkbox"/> SAAD	Lieu de naissance :
<input type="checkbox"/> Accueil de jour <input type="checkbox"/> EMA	GIR si connu :
<input type="checkbox"/> CRT <input type="checkbox"/> DAC 53	Médecin traitant :
<input checked="" type="checkbox"/> Plateforme de répit aux aidants (P3A)	APA : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours
<input type="checkbox"/> Accompagnement Maison de l'autonomie	Mesure de protection : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours
<input type="checkbox"/> Autres :	Si oui, les coordonnées :
<input type="checkbox"/> Aucun	

- 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
- Conseil en ergothérapie (aménagement et d'organisation de l'environnement)
- Accompagnement psychologique de la personne
- Accompagnement psychologique d'un ou des aidants
- Conseil en diététique

prise de contact souhaitée avec le partenaire demandeur avant de fixer le rdv

Description succincte de la situation :

Date :

Signature du demandeur :