



**DEMANDE D'INTERVENTION DE  
L'ÉQUIPE D'APPUI EN ADAPTATION ET RÉADAPTATION**  
Tel: 02 43 49 86 78  
courriel: [eaar53@laval.fr](mailto:eaar53@laval.fr)

Identification du demandeur

Nom :

Fonction :

Tel :

Courriel :

Intervenants au domicile connus du demandeur :

SSIAD IDEL SPASAD SAD EMA Accueil de jour  
MDA MAIA

AUTRES :

Identification de la personne concernée

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Né(e) le :

GIR si connu:

Médecin traitant :

APA :  oui  non  en cours

Mesure de protection :  oui  non  en cours

- 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: