



**DEMANDE D'INTERVENTION DE
L'EQUIPE D'APPUI EN ADAPTATION ET READAPTATION**
Tel : 02.43.49.86.78
Courriel : eaar53@laval.fr

Identification du demandeur

Nom :

Fonction :

Tel :

Courriel :

Intervenants au domicile connus du demandeur : non

SSIAD IDEL SPASAD SAD EMA
Accueil de jour

Autres :

Identification de la personne concernée

Nom : Prénom :

Téléphone :

Adresse :

Commune :

Né(e) le :

Lieu de naissance :

GIR si connu :

Médecin traitant :

APA : oui non en cours

Mesure de protection : oui non en cours

Si oui, les coordonnées :

- 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 :