

EQUIPE MOBILE REEDUCATION PEDIATRIQUE

DEMANDE D'INTERVENTION

Ce document est à compléter par un demandeur après accord explicite du représentant légal du bénéficiaire.
Cette demande **est à retourner par mail** à l'adresse : emp@institut-st-pierre.fr
Les demandes incomplètes ne seront pas traitées.

ACCORD DU REPRESENTANT LEGAL POUR CETTE DEMANDE OUI NON

DATE DE LA DEMANDE :

BENEFICIAIRE / PERSONNE CONCERNEE

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Age : _____

Sexe : F M

SITUATION ACTUELLE

Lieu de vie:

au domicile

en établissement médico-social hospitalisé(e) autre : _____

Si hospitalisé(e) :

Etablissement : _____ Service : _____ Date de sortie prévue : _____

Scolarité :

milieu ordinaire Si adaptations : les quelles : _____ milieu spécialisé

REPRESENTANT LEGAL

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Lien avec le bénéficiaire : mère père autre : _____

Téléphone(s) : _____

Adresse mail : _____

Adresse postale : _____

Si parents séparés, seconde adresse : _____

Institut Saint Pierre

371 avenue de l'Évêché de Maguelone
34250 PALAVAS LES FLOTS

Equipe mobile

Tél : 04 67 07 75 97
Mail : emp@institut-st-pierre.fr

Médecin : Docteur Karine PATTE

Coordonnateur : Pierre BECHET

MEDECIN TRAITANT REFERANT & SUIVI MEDICAL

Nom et prénom du médecin traitant : _____

Adresse postale : _____

Téléphone : _____ mail : _____

Nom des médecins spécialistes (MPR, neurologue, etc....) : _____

SUIVI SOCIAL**AS secteur :****Dossier MDPH : date du dernier certificat****AEH****PCH****DEMANDEUR DE L'INTERVENTION**

Nom : _____ Prénom : _____

Structure/Fonction : _____

Famille Prof. Hospitalier Prof. Libérale Prof. Médico-social Scolaire Autre : _____

Adresse postale : _____ Département : _____

Téléphone : _____ mail : _____

Intervention souhaitée pour : dès que possible dans ___ semaines dans ___ mois date précise : _____**Motif de la demande :** maintien à domicile retour à domicile (sortie d'hospitalisation MCO) aide aux aidants (formation) Relai enfant / adulte intégration scolaire Autre : _____**Adresse du lieu d'intervention** (si besoin : nom et type de structure) :

Institut Saint Pierre371 avenue de l'Evêché de Maguelone
34250 PALAVAS LES FLOTS**Equipe mobile**Tél : 04 67 07 75 97
Mail : emrp@institut-st-pierre.fr**Médecin : Docteur Karine PATTE**

Coordonnateur : Pierre BECHET

MOTIF DE LA DEMANDE ET DIFFICULTES RENCONTREES

(Justifiant l'intervention de l'équipe mobile de rééducation pédiatrique)

PATHOLOGIE PRINCIPALE (histoire de la maladie & tableau clinique actuel) :

- Paralyse Cérébrale Polyhandicap Maladie neuro musculaire Maladie rare/génétique
- Traumatisme médullaire Polytraumatisme Tumeur osseuse
- Lésion cérébrale acquise (tumeur cérébrale, traumatisme crânien, AVC, séquelle de pathologie infectieuse)
- Polyradiculonévrite Myélite Autre :

Institut Saint Pierre

371 avenue de l'Evêché de Maguelone
34250 PALAVAS LES FLOTS

Equipe mobile

Tél : 04 67 07 75 97
Mail : emp@institut-st-pierre.fr

Médecin : Docteur Karine PATTE

Coordonnateur : Pierre BECHET

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Traitements médicamenteux actuels :

Soins habituels (indiquer le nom du professionnel, son téléphone, et le rythme des prises ne charge) :

- masso-kinésithérapie _____ x/sem
- ergothérapie _____ x/sem
- orthophonie _____ x/sem
- psychomotricité _____ x/sem
- psychologue / neuropsychologue _____ x/sem
- sport adapté _____ x/sem
- infirmier _____ x/sem
- autre (SESSAD/service d'aide à la personne/centre réduc.) _____ x/sem

Aides techniques et appareillages existants :

Orthoprothésiste habituel :

Fournisseur matériel médical habituel :

Institut Saint Pierre

371 avenue de l'Évêché de Maguelone
34250 PALAVAS LES FLOTS

Equipe mobile

Tél : 04 67 07 75 97
Mail : emp@institut-st-pierre.fr

Médecin : Docteur Karine PATTE

Coordonnateur : Pierre BECHET