



CRF Salies-de-Béarn

**DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE DE  
READAPTATION POUR LES ADULTES HANDICAPES  
DU CRF DE SALIES-DE-BEARN**

A compléter puis à adresser par Courrier ou Fax après accord de la personne

**EMRAH**  
**3, Boulevard Saint Guily**  
**64270 SALIES-DE-BEARN**

A réception de la demande, un membre de l'équipe prendra contact directement avec la personne concernée.

Permanence Téléphonique

**Du lundi au vendredi  
9h00-12h00**

Tel : 05.59.38.75.79

Fax : 05.59.38.75.28

[emrah.crf.salies@lrss.fr](mailto:emrah.crf.salies@lrss.fr)

**PATIENT**

NOM : PRENOM :

Date de Naissance : ...../...../..... Sexe : F  M

Date de la demande :

**Demandeur** Nom :  
Structure : Adresse :

Tel :

Nature de la demande : Médecin Traitant Référent :

- Evaluation du Lieu de Vie Adresse :  
 Positionnement Assis/Couché Téléphone :  
 Evaluation Aides Techniques Informé de la demande :  oui  non  
 Autre :

**Si Revendeur de Matériel (Fauteuil roulant ...), NOM :**

LIEU :

**INTERVENANTS A DOMICILE**

OUI

NON

- Infirmier(e) – Nom, Prénom, Coordonnées  
 Kinésithérapeute – Nom, Prénom, Coordonnées  
 Service d'Aide à la Personne – Nom, Prénom, Coordonnées  
 Autre

DATE DE DEBUT DES TROUBLES :

HISTORIQUE DE LA MALADIE ET TABLEAU CLINIQUE :

LE PATIENT EST IL INFORME DU DIAGNOSTIC ET DE SON EVOLUTION ?

OUI

NON

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :

TRAITEMENT :

**SITUATION FAMILIALE**

VIT SEUL (e)

CELIBATAIRE

SEPARE (e)

DIVORCE (e)

VIT EN COUPLE

MARIE (e)

ENFANTS (Nombre)

VEUF (e)

EN FAMILLE  ..... (qualité)

**PERSONNE RESSOURCE**

NOM :

PRENOM :

QUALITE :

TUTELLE :

OUI

NON

CURATELLE :

OUI

NON

LA PERSONNE A-T-ELLE DEJA BENEFICIE D'UNE PRISE EN CHARGE EN CENTRE DE REEDUCATION ?

OUI

NON

DATE :

LEQUEL ? :

NOM DU MEDECIN :

