

Date de la demande :

**LE DEMANDEUR (REQUERANT)**

Nom, prénom du professionnel de santé		Etablissement/Service	
Téléphone		Mail sécurisé	
Nom, prénom du médecin traitant si différent du requérant (avec précision du lieu d'exercice)			

**LE PATIENT**

Nom d'usage		Nom de naissance	
Prénom		Né(e) le	
		Sexe	

MODE DE VIE :

- EHPAD                       Domicile  
 Vit seul(e)                 Vit avec conjoint     Vit avec autre personne    lien :

 Aides à domicile :     Oui             Non

Si oui, de quelle nature et à quelle fréquence :

 Inscription en EHPAD :     Oui             Non

<b>Problème(s) posé(s)</b>	
----------------------------	--



**Marche :**             Oui             Non

Sans aide     1 canne     2 cannes     Déambulateur     Fauteuil roulant     Aide humaine

**Chute dans les 12 derniers mois:**             Non             Oui

**Si oui, combien :**            **dont date de la dernière chute (si connue):**

**Incontinence urinaire :**  Non             Oui

**Troubles sensoriels :**

**Déficiences auditives :**  Non             Oui, appareillage :  Non             Oui

**Déficiences Visuelles :**  Non             Oui, appareillage :  Non             Oui