



**DEMANDE D'INTERVENTION  
POUR L'ÉQUIPE MOBILE**

À retourner par email :  
**em.richelieu@croix-rouge.fr**

Date : ..... / ..... / .....

**Accord préalable du patient : OUI  NON**

**NOM** : ..... Nom de jeune fille : .....

**Prénom** : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Age : .....

Adresse : .....

Téléphone domicile : ..... Portable : ..... Email : .....

<p><b>Demandeur :</b></p> <p>Nom : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Structure et fonction : .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>Téléphone : .....</p> <p>Email : .....</p>	<p><b>Médecin traitant :</b> .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>.....</p> <p>Téléphone : .....</p> <p>Email : .....</p> <p>Informé de la demande : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
--	---

**Nature de la demande :**

Informations, conseils ou orientation

Évaluation / Aménagement du domicile

Aide administrative (ouverture de droit, révision de dossier)

Évaluation fonctionnelle (Physique/Cognitive)

Évaluation / Aides humaines

Formation / Aide aux aidants

**Motif de la demande :**

**Historique de la maladie et tableau clinique :**

**Le patient est-il informé du diagnostic et de son évolution ?** Oui  Non

Antécédent(s) : .....

.....

Traitement(s) : .....

.....

**Décision médicale (réservée équipe mobile) :**

Intervention  Pas d'intervention

**Date :** ..... / ..... / .....