

## DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE PHV

### Personne en situation de handicap vieillissante

Le consentement de la personne concernée a-t-il été recherché pour établir cette demande et pour les interventions qui peuvent en découler ?  Oui  Non

Consentement oral ?  Oui  Non

<b><u>Demandeur</u></b> :	<b><u>Date</u></b> :
Nom : .....	Prénom : .....
Fonction/Service : .....	
Téléphone : .....	Mail : .....

<b><u>Identité de la personne</u></b> :
Nom : .....
Prénom : .....
Sexe : .....
Date de naissance et lieu : .....
Adresse : .....
Téléphone : .....
Mail : .....
- Personne de confiance et / ou à prévenir : .....
- Mesure de protection juridique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours
Si oui : type de mesure, personne référente et téléphone : .....
- Handicap : .....
-Reconnaissance MDPH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours

<b><u>Motif de la demande</u></b> : (ex : aide au maintien à domicile, soutien aux aidants, évaluation de la perte d'autonomie et du lieu du vie, repérage des fragilités, anticiper les orientations de parcours...) ..... ..... .....
--

**Signature** : .....

Document confidentiel à transmettre à l'équipe mobile par mail  
[equipemobilePHV@adapei33.com](mailto:equipemobilePHV@adapei33.com)

*A réception de ce document, l'équipe prendra contact avec le demandeur.*