

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

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

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

<u>Motif de la demande</u> : (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

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