

**DEMANDE D'INTERVENTION
DE L'EQUIPE DU RESEAU NEURO MÉMOIRE AVC - ALLIER
POUR LES PATIENTS POST-AVC**

DATE :

ORIGINE DE LA DEMANDE :

UNV

SERVICE DE NEUROLOGIE

MEDECIN REFERENT:

TEL:

FAX:

MAIL:

PATIENT :

NOM PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TEL :

MODE DE VIE :

SEUL

COUPLE

FAMILLE

CONJOINT, AIDANT PRINCIPAL OU PERSONNE DE CONFIANCE :

TEL :

INTERVENTION SOUHAITEE :

ERGOTHERAPEUTE

NEUROPSYCHOLOGUE

INFIRMIERE REFERENTE

PSYCHOLOGUE CLINICIENNE

MOTIFS DE LA DEMANDE :

AVC

TYPE..... DATE :

Date d'hospitalisation Sortie d'Hospitalisation.....

Troubles cognitifs

Autres séquelles.....

COMMENTAIRES :

DOCUMENTS A JOINDRE À TOUTE DEMANDE

- Compte rendus médicaux
- Formulaire de consentement signé
- Lettre de sortie d'hospitalisation

A FAXER AU 04 70 47 55 71

