

Pascale STEPHAN
Responsable Administrative

*Equipe pluridisciplinaire de
médecine physique et de
réadaptation*

Permanence téléphonique
du lundi au vendredi
de 13h30 à 17h15.

Tél. : 02.97.82.61.12.
Fax. : 02.97.82.61.80.

Dr Alain JACQUOT
Médecin de MPR

Yannick AUDRENO
Cadre Infirmier Coordonnateur

Virginie ROUSSENNAC
Neuro-Psychologue

Véronique HAREUX
Ergothérapeute

Céline LE CORRE
Assistante de Service Social

Céline ROBIN
Secrétaire

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE DE MPR DU CMRRF DE KERPAPE

A adresser après accord de la personne à :

Médecin de l'Equipe Mobile de MPR
Docteur Alain JACQUOT
C.M.R.R.F. de KERPAPE - B.P. 78
56275 PLOEMEUR CEDEX

*A réception de la demande, un membre de l'équipe prendra contact
directement avec la personne concernée.*

PATIENT

NOM : **Prénom :**
Date de naissance :/...../.....

Date de la demande :/...../.....

Demandeur :

Adresse :

Noms :

Structure :

Tél. :

Nature de la demande

- Evaluation dans le cadre
d'une hospitalisation
- Aide au maintien à domicile
- Autre :

Médecin traitant référent :

Docteur

Adresse :

Tél. :

Intervenants à domicile

- Infirmier(e) DE (Nom, Prénom, coordonnées)
- Kinésithérapeute DE (Nom, Prénom, coordonnées)
- Service d'aide à la personne (Nom, Prénom, coordonnées)
- Autre (Nom, Prénom, coordonnées)

Historique de la maladie et tableau clinique

Date du début des troubles :

Antécédents médicaux et chirurgicaux

Traitement

Environnement socio-familial

Motif de la demande

La personne a-t-elle déjà bénéficié d'une prise en charge à KERPAPÉ ? OUI NON

Date :

Nom du médecin :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom : Prénom :
Nom de jeune fille :
Né(e) le : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu :
 Marié Célibataire
Adresse :
.....
CP : |_|_|_|_|_| Ville :
☎ Domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Autre : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

COUVERTURE SOCIALE

* SI ASSURE ≠ PATIENT

Nom* : Prénom :
Nom de jeune fille :
Adresse :
CP : |_|_|_|_|_| Ville :
N° immatriculation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ORGANISME

Nom :
Adresse :
CP : |_|_|_|_|_| Ville :

MUTUELLE

Nom :
Adresse :
CP : |_|_|_|_|_| Ville :
N° adhérent : Nom* :

PATHOLOGIE EN RAPPORT AVEC :

- | | |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Accident du travail | Date : / / |
| <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle | Date : / / |
| <input type="checkbox"/> ALD | Date : / / |

SITUATION AU REGARD DE L'EMPLOI

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Profession | <input type="checkbox"/> Retraité |
| <input type="checkbox"/> En étude / formation | <input type="checkbox"/> Sans emploi |