

À remplir uniquement par le médecin adresseur

MOTIF DE LA DEMANDE

- ☐ Troubles de la marche et de l'équilibre
☐ Chutes à répétition
☐ Réhabilitation post-opératoire - Date d'intervention :
☐ Autre (précisez) :

COORDONNÉES DU PATIENT ADRESSÉ PAR VOS SOINS

Sexe : ☐ F ☐ H Nom :
Prénom : Nom de jeune fille :
Lieu de naissance : Date de naissance :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Portable :
Mail :

COORDONNÉES DU/DES MÉDECIN(S)

Êtes-vous ?

Médecin généraliste ☐ Autre ☐
Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone :
Mail :

Si vous n'êtes pas le médecin traitant, coordonnées du médecin traitant :

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone :
Mail :

COUVERTURE SOCIALE

Nom de l'assuré

N° de Sécurité sociale : ☐ CPAM ☐ RSI ☐ MSA ☐ LMDE ☐ CMU
☐ SMEREP ☐ Autre, Précisez :

Assurance complémentaire

Nom de la mutuelle : ALD : ☐ Oui ☐ Non

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ

Nom : Prénom :
Téléphone : Mail :
Lien avec le patient :

PERSONNE DE CONFIANCE, SI DIFFÉRENTE DE LA PERSONNE À PRÉVENIR

Nom : Prénom :
Téléphone : Mail :
Lien avec le patient :

Nom du patient : Prénom :

ANTÉCÉDENTS :

.....
.....

ETAT SOMATIQUE / COGNITIF ACTUEL :

.....
.....

TRAITEMENTS EN COURS : merci de joindre la dernière prescription par fax / par mail :

.....
.....

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

Le patient présente-t-il des difficultés pour :	Aucune aide	Aide partielle	Aide totale
Toilette / habillage	☐	☐	☐
Déplacements	☐	☐	☐
Préparation des repas	☐	☐	☐
Gestion des traitements	☐	☐	☐
Gestion administrative	☐	☐	☐
Alimentation / prise des repas	☐	☐	☐

AIDES DÉJÀ PRÉSENTES AU DOMICILE :

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Aucunes | ☐ Aide familiale | ☐ Auxiliaire de vie |
| ☐ IDE à domicile | ☐ Portage de repas | ☐ Autre |
| ☐ Kinésithérapeute à domicile | ☐ Orthophoniste à domicile | |

Précisions :

Pièces à joindre :

- | | |
|---|---|
| ☐ Ordonnance / traitement habituel | ☐ Derniers comptes rendus médicaux disponibles |
| ☐ Courrier médical | ☐ Derniers bilans biologiques si pertinents |

CACHET DU MÉDECIN :

Obligatoire si envoi par fax/courrier.
Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.

**ENVOYEZ VOTRE DEMANDE
AUX COORDONNÉES CI-DESSOUS**

Clinique Madeleine Rémuzat
Hôpital de jour Gériatrique
515 rue Saint-Pierre 13012 MARSEILLE
Tél : 04 96 16 10 78 / 04 96 16 13 17
fax : 04 96 16 13 47
Mail : respadm.remuzat@emeis.com