



Groupe Hospitalier  
Artois-Ternois  
CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS

## DEMANDE D'INTERVENTION

A Retourner par mail :

EMSSR@gh-artoisternois.fr

Accord préalable du patient : OUI  NON

### BENEFICIAIRE

NOM : Nom de naissance :  
Prénom :  
Date de naissance : Age :  
Adresse :  
Tel : Email :  
N°SS : Mutuelle :  
Personne de confiance :

### DEMANDEUR

Date de la demande :  
Nom : Prénom :  
Structure et/ou Fonction :  
Adresse :  
Tel :

### SITUATION FAMILIALE

En couple  Vit seul  Célibataire   
Divorcé/séparé  Autre   
Enfants : OUI  NON  Combien :  
Protection Juridique :

### SITUATION PROFESSIONNELLE

En activité   
Sans emploi   
En invalidité   
Retraité   
Autre :

### MEDECIN TRAITANT

Nom-Prénom  
Adresse :  
Tel :  
Mail :  
Informé de la demande : OUI  NON

### INTERVENANTS

Infirmier(e) :  
Kinésithérapeute :  
Service d'aide à la personne :  
Autre :

### LIEU DE VIE

Propriétaire

Locataire

Etablissement

Maison

Appartement

Plain-pied

Avec étage

### NATURE DE LA DEMANDE

Motif de la demande (description des difficultés quotidiennes)

Evaluation des besoins

Evaluation du lieu de vie

Evaluation des aides techniques

Evaluation sociale

Histoire de la maladie :

Date de début :

Traitements :

Antécédents :

La personne a-t-elle déjà bénéficié d'une prise en charge en centre de rééducation ?

Oui

Non

Lequel ?

Date :

Equipe Mobile du Handicap

**Groupe Hospitalier Artois-Ternois**

**Centre Hospitalier d'Arras**

3 boulevard Georges Besnier 62 000 Arras



03.21.21.19.06

**@**EMSSR@gh-artoisternois.fr