

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

1/ La demande concerne une équipe médico-sociale pour un temps d'échanges sur les pratiques professionnelles : contactez-nous directement : researehab@ch-niort.fr

2/ Une intervention auprès d'une personne en situation de handicap

3/ Un accompagnement de la famille (Profamille, BREF) :

Le bénéficiaire :

Nom-Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

.....

Téléphone : Adresse mail :

Le demandeur : (Nom/Prénom, fonction, lieu d'exercice, coordonnées téléphoniques, adresse mail) :

.....

.....

Objectifs souhaités par le bénéficiaire :

Objectifs souhaités par l'équipe ou la famille :

Ressources, capacités, compétences permettant/facilitant la mise en œuvre de ses objectifs/projets :

Difficultés, freins, obstacles, limitant la mise en œuvre de ses objectifs/projets :

La personne est-elle accompagnée par des professionnels de la santé mentale ? oui non

Un diagnostic de pathologie mentale ou de troubles psychiques a-t-il été nommé ? oui non

La personne a-t-elle déjà eu un bilan neuropsychologique ? oui non

A réception de la demande, vous serez contacté par le secrétariat du Réseau Réhab.

Les informations contenues dans ces documents sont de nature confidentielle et sont soumises au secret professionnel. Elles sont destinées à l'usage exclusif du destinataire indiqué ci-dessus. Si vous n'êtes pas le destinataire, vous êtes, par la présente, avisé que toute divulgation, reproduction, distribution ou autre diffusion ou utilisation de cette communication est strictement interdite. Si vous recevez cette communication par erreur, veuillez nous contacter immédiatement par téléphone afin que nous puissions faire le nécessaire pour la récupérer.