

Date :
Demande faite par : Qualité :

Patient :

Nom Prénom :
Nom de jeune fille :
Adresse :
Date de naissance :
Téléphone :

Suivi médical :

Nom du médecin spécialisé :
Coordonnées :
.....
Nom du médecin traitant :
Coordonnées :
.....

Diagnostic le plus probable :
Dates : de début de suivi : Diagnostic annoncé au patient : oui / non
A l'aidant : oui/non, si oui lequel :

Evolution de la pathologie :
.....
.....
Répercussions au quotidien :
.....
.....

MMS : En date du :
Traitement :

Objectif souhaité :
.....
Autre suivi :
.....

Aidants familiaux et/ou professionnels :

Nom, prénom de l'aidant principal :
Lien avec le patient :
Téléphone :
.....

Nom, prénom :
Lien avec le patient :
Téléphone :
.....

Remarques :

.....
.....

Merci de joindre la prescription : « faire pratiquer 12 à 15 séances de réhabilitation pour troubles cognitifs ou troubles de la mémoire ou maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée par une équipe spécialisée Alzheimer de SSIAD. »

Dans le cadre de la prise en charge par le SSIAD Alzheimer le patient autorise le médecin prescripteur à nous communiquer les informations médicales le concernant : oui / non.

Signature du médecin prescripteur :

Courrier à adresser à :
ADPA – Equipe Spécialisé Alzheimer à Domicile
17 avenue Henri Barbusse 38 300 Bourgoin-Jallieu
04.74.93.85.85 / accueil@adpa-nordisere.org