NE RIEN INSCRIRE DANS CE CADRE



|  |  |
| --- | --- |
| **FICHE DE DEMANDE ESAD**  **A ENVOYER AVEC LA PRESCRIPTION MEDICALE**  Transmettre cette fiche accompagnée de la **Prescription médicale de « soins de réhabilitation et d’accompagnement (12 à 15 séances) » , et tout autre document utile (compte rendu…)**  **E.S.A.D./S.S.I.A.D DES 2 CANTONS DE VIENNE**  **esad@mairie-vienne.fr**  **04.74.56.58.73**  Soit à : E.S.A.D des deux cantons de Vienne, 1 Passage St Antoine BP115 38209 VIENNE Cedex ; Soit par mail à : [esad@mairie-vienne.fr](mailto:esad@mairie-vienne.fr)  Une fiche de demande de renseignements sera ensuite adressée au patient ou à l’aidant \* | |
| **DATE :** | A la demande de :  Docteur …………………………………………….………………………..…… |

**IDENTITE DU PATIENT**

**M. / Mme :** …………………………………………………………. …………….**Prénoms(s) :** …………………………..……………………………..

**Date de naissance :**……………………………………………………………..ou **Age :** ………………………

**Adresse :**

**Téléphone :**

**Nom et coordonnées Médecin traitant :**

**Nom et coordonnées Médecin Gériatre ou Neurologue :**

*Nom  de l’aidant principal : Lien avec le patient :*

*Téléphone Fixe:*……………………………………………………………… *Portable :* ..........................................................................................................

*E-mail :*

*\*Documents ESAD à envoyer à : patient* 🞏  *autre : adresse à préciser* 🞏  *ou par mail* 🞏

**Diagnostic le plus probable :** ……………………………………………………….. **Date de début de suivi :** ....................................

**MMS :** ……………...... **GIR :** ………………. Nom Référent APA *(facultatif)*………………………………………………………………….

Inclusion Réseau VISAGE : OUI  / NON Nom coordinatrice : ……………………………………………………

(si besoin demander consentement pour ESAD)

**Répercussions principales au quotidien :**

Réservé ESAD : F. Renseignements : - envoyée par courrier 🞏 mail 🞏

- reçue le :