

DEMANDE POUR UNE PRISE EN CHARGE AU CENTRE DE PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES CHUTES

Nom et prénom : Adresse : Téléphone : Personne de référence à rappeler :	Accord du patient ou patiente : oui non Date de naissance : État Civil : Assurance (nom et n°) : SPC: oui non
Motif de la demande Chute(s) Trouble de la marche et/ou équilibre Déconditionnement physique Syndrome post chute	
Information Bilan de chute antérieur? non oui / Si oui quand? Prise en charge antérieure à l'Hôpital de jour? non oui, date :	
Fonctionnalité Peut prendre un transport collectif accompagné: oui non Monte et descend quelques marches d'escalier: oui non Peut se rendre en bas de son domicile seul ou seule: oui non Moyen auxiliaire: non oui, lequel	
Encadrement à domicile Prestataire de soins, lequel: si IMAD, équipe n°: Physiothérapeute, nom /tel: Ergothérapeute, nom /tel:	
Médecin traitant non oui, Nom: Téléphone: email:	
Demandeur Nom: téléphone: Date:	