



13 Avenue des frères
Montgolfier
63170 AUBIERE
04.73.15.14.45
contact@neurosep.fr

DEMANDE D'INTERVENTION

Documents à joindre avec la demande d'intervention
-Compte-rendu de consultation ou d'hospitalisation
-Formulaire de consentement au Réseau Neuro Sep Auvergne avec
signature du Neurologue ou Médecin Rééducateur (si nouveau patient
non connu du Réseau Neuro Sep Auvergne)

Nom et spécialité du professionnel à l'origine de la demande : _____

Date de la demande : _____ Accord du patient : ☐ Tel : _____

Nom et Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

Pathologie : ☐ SEP ☐ AVC ☐ SLA ☐ PNM Date de diagnostic : _____

Mode de vie : ☐ Seul ☐ En Couple ☐ Chez parents ☐ Entourage ☐ Centre d'accueil
☐ Autre _____

Education Thérapeutique (uniquement SEP)

- ☐ Comprendre et connaître la SEP ☐ Parler de la SEP
☐ Identification et gestion de la fatigue ☐ Gestion des traitements auto-injectables et des auto-sondages

Infirmière coordinatrice	Assistante sociale	Ergothérapeute	Neuropsychologue	Psychologue
☐ Evaluation globale ☐ Reprise annonce de diagnostic (peut- être réalisé en binôme avec la psychologue) ☐ Information sur les traitements ☐ Réalisation d'un parcours de santé (PPS) dans le cadre des situations complexes ☐ Escarre	☐ Evaluation sociale globale ☐ Information sur les prestations sociales (MDPH, AAH, APA, invalidités, etc..) ☐ Evaluation et information en lien avec la situation professionnelle ☐ Information sur les aides à domicile ☐ Orientation vers assistante sociale de secteur, entreprise, etc	☐ Evaluation domicile ☐ Evaluation fauteuil manuel / électrique / positionnement / autre ☐ Evaluation autonomie quotidienne ☐ Evaluation des membres supérieurs ☐ Conseils en aides techniques quotidien / véhicule / transferts / communication / loisirs ☐ PEC libérale (dérogation tarifaire)	☐ Entretien neuropsychologique ☐ Bilan neuropsychologique ☐ Autre	☐ Entretien psychologique patient ☐ Entretien psychologique enfant ☐ Entretien psychologique entourage (préciser) ☐ Reprise annonce de diagnostic (peut-être réalisé en binôme avec l'infirmière coordinatrice)

Observations / Remarques

Echéance de la demande

- ☐ Dès que possible ☐ Dans les 2 mois ☐ Dans les 6 mois ☐ Echéance plus lointaine