

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE : REHABILITATION FONCTIONNELLE**  
- COURRIER D'ADRESSAGE -

Date de la demande : ..... Médecin adresseur : .....

IDENTITE DU PATIENT

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : F  M

Adresse : .....

☎ Domicile : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

☎ Portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

✉ Mail : ..... @ .....

○ **Aidant principal**

○ **Médecin traitant :**

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

Tél : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Tél : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

- Nombre de chutes dans l'année : .....
- Prise en charge Kiné : Oui  Non  Si oui, à quelle fréquence : .....
- Bilan de chute déjà effectué :  
Oui  Non
- Troubles majeurs de la marche : Oui  Non  Si oui, préciser : .....  
.....
- Aides techniques en place : Oui  Non  Si oui, préciser : .....  
.....
- Aides humaines en place : Oui  Non  Si oui, préciser : .....
- ALD : Oui  Non

ANTECEDENTS

.....

.....

.....

TRAITEMENT ACTUEL

.....

.....

.....

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

.....

.....

.....

.....

**Afin de compléter la prise en charge, merci de fournir :**

- Consultation cardiologique
- Dernier bilan sanguin
- ECG
- Echo Doppler des troncs supra-aortiques
- Ordonnances des traitements en cours
- Recherche d'hypotension orthostatique

\*\*\*