

DEMANDE D'INTERVENTION

A retourner par courrier ou par email :

nomadlabtech@melioris.fr

Date de la demande :/...../.....

Tout formulaire incomplet fera l'objet d'une demande d'informations supplémentaires qui sera susceptible d'entraîner un retard dans le traitement de votre demande.

Toutes les demandes ne seront pas obligatoirement accordées mais une réponse vous sera toujours apportée

Accord préalable du Patient / participation à l'expérimentation : OUI ☐ NON ☐**Personne concernée par la demande (usager)**☐ Madame ☐ Monsieur ☐ Autre

NOM :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Téléphone :

Email :

Demandeur si différent de l'utilisateur**Médecin traitant**PM de la demande faite ☐ Oui ☐ Non

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Structure et fonction :

Adresse :

Adresse :

Téléphone :

Téléphone :

Adresse mail :

Adresse mail :

Responsable légalProtection juridique : ☐ Non ☐ Demande en cours ☐ Oui → ☐ Tutelle ☐ Curatelle

Nom et Prénom du responsable légal :

Organisme :

Téléphone : Email :

Situation au regard de l'emploi☐ Retraité ☐ Salarié ☐ Etudiant ☐ Sans emploi ☐ Arrêt de travail**Situation actuelle**☐ Vit à domicile → passage d'aide humaine ou d'association :☐ Vit en établissement :☐ Est hospitalisé :☐ Lieu / service :☐ Date de sortie prévue :

L'établissement ou l'association dispose d'un/e :

☐ Ergothérapeute☐ Professionnel formé à l'impression 3D**Possibilité de déplacement**☐ Oui Si oui, ☐ Seul ☐ Accompagné ☐ Non**Historique de la maladie et tableau clinique actuel**

**N'hésitez pas à joindre tout document qui pourrait être utile au traitement de la demande
(Dernier compte rendu d'hospitalisation ou de consultation, ordonnances, ...)**

Motivation et description du besoin et des attentes :	
Avez-vous déjà recherché un aide technique du commerce/ à ce besoin ?	
☐ Non	☐ Oui, Lequel : Pourquoi ne répond t-il pas au besoin (Inadapté, absence essai, cout, indisponible...) ?
Avez-vous une idée de ce qui pourrait répondre ou compenser le besoin ?	
☐ Non	☐ Oui, Préciser
Souhaitez-vous participer à la conception ?	
☐ Oui ☐ Non	
Numéro d'anonymat :	
Axes d'intervention (réservé à l'équipe de Nomad Lab'Tech)	
Type d'aide technique : ☐ Simple ☐ Complexe ☐ Haute technicité KM : Temps estimé / aide : Géré par : 1^{er} RDV le / / à Suivi par : En ☐ visio ☐ Téléphone ☐ Nomad Rehab ☐ Lieu de vie	
Réponse	
Favorable : • ☐ Oui ☐ Non	Validée le : / / Par :
Faite au patient par :	le : / /
Délai de traitement estimé :	
Besoin d 'information complémentaires : • ☐ Oui ☐ Non Géré par : Le : / /	