

NOMAD LAB'TECH - Demande d'intervention

Date de la demande : / /

DEMANDE D'INTERVENTION À RETOURNER PAR COURRIER OU PAR EMAIL :

> Email : **nomadlabtech@melioris.fr**

> Adresse : **Nomad Lab'Tech – 74 rue de la Verrerie – 79000 NIORT**

Téléphone : **06 11 28 07 29**

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 :

E-mail :

DEMANDEUR SI DIFFÉRENT DE L'USAGER

Structure :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

MÉDECIN TRAITANT

Prescription médicale faite : Oui Non

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

RESPONSABLE LÉGAL

Protection juridique : Non Demande en cours Oui ———> Tutelle Curatelle

Nom et prénom du responsable légal :

Organisme :

Téléphone :

E-mail :

CONTACT À PRIVILÉGIER POUR LE SUIVI DE L'INTERVENTION

Usager

Responsable légal

Demandeur (si différent de l'utilisateur)

Par mail

Par téléphone

De préférence, le matin

ou l'après-midi

SITUATION AU REGARD DE L'EMPLOI DE L'USAGER

Retraité

Salarié

Étudiant

Sans emploi

Arrêt de travail

SITUATION ACTUELLE DE L'USAGER

Vit à domicile > passage d'une aide humaine ou d'association

Vit en établissement

Est hospitalisé :

Lieu / service :

Date de sortie prévue :

La structure dispose d'un/e :

Ergothérapeute

Professionnel formé à l'impression 3D

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 UNE AIDE TECHNIQUE DU COMMERCE ?

Non

Oui

Laquelle :

Pourquoi ne répond-elle pas au besoin (inadaptée, absence essai, coût, 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

AXES D'INTERVENTION (RÉSERVÉ À L'ÉQUIPE DE NOMAD LAB'TECH)

Numéro d'anonymat :

Type d'aide technique : Simple Complexe Haute technicité

Traité le : 1^{er} contact : / / à

Suivi par : Visio Téléphone

RÉPONSE

Favorable : Oui Non Validé le : / / Par :

Faite au patient par : le : / /