



Equipe Spécialisée Alzheimer
Service de Soins Infirmiers à Domicile

PRESCRIPTION MEDICALE

DATE

NOM – PRENOM DU PATIENT :
DATE DE NAISSANCE :

Ce document est destiné à l'Equipe Spécialisée Alzheimer qui intervient au domicile. Ces renseignements constituent pour la plupart des indicateurs demandés par la DGAS. A remplir par le médecin traitant ou le médecin spécialiste.

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Médecin :

Adresse :

REHABILITATION ET ACCOMPAGNEMENT PAR UNE EQUIPE SPECIALISEE ALZHEIMER

PRESCRIPTION DE 12 13 14 15 SEANCES (entourer le nombre choisi)

Objectif principal :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Relation et communication | <input type="checkbox"/> Fonctions instrumentales et exécutives |
| <input type="checkbox"/> Espace/Temps | <input type="checkbox"/> Contrôle postural et motricité |

Remarques complémentaires :

A :

Le : / /

Cachet et signature :