

Date :

COORDONNÉES PATIENT(E)

NOM / PRENOM

ADRESSE

CP / VILLE

TEL

DEMANDEUR :

NOM / PRENOM

Neurologue Généraliste Autre Profession :

PATHOLOGIE :

SEP – (Préciser score EDSS :)

Parkinson (Préciser stade d'avancement :))

SLA (Préciser stade :))

Autre MND :

DATE DIAGNOSTIC :

MOTIF DE LA DEMANDE **Joindre obligatoirement le ou les derniers courriers de consultation**

Détails :

Évaluation globale

Psychologique

Traitement

Médico-Social

Accompagnement de l'aidant

Éducation thérapeutique

Uniquement patients SEP (*)

(*) Programme ETP Patients SEP : « Mieux Vivre avec la SEP »
Module spécifique d'Éducation Thérapeutique pour les aidants