



DEMANDE d'une CONSULTATION MULTIDISCIPLINAIRE

Réseau Rhône-Alpes SEP
Cellule de Coordination

☎ **04.72.68.13.14**
Fax. 04.27.86.92.50

INFORMATIONS PATIENT

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	
Adresse :	
☎ .	
Neurologue référent :	
Date souhaitée :	Date de la demande :

- ⇒ Déplacement du patient : fauteuil oui non
⇒ Personne accompagnante oui non
⇒ Mange seul oui non
⇒ Régime alimentaire particulier :

⇒ Y-a-t-il eu une hospitalisation (Centre de rééducation), une consultation (Henry Gabrielle, Reine Hortense...) demandée ou prévue dans les 6 prochains mois ? oui non

⇒ Y-at-il eu une hospitalisation demandée dans les 6 prochains mois ? oui non

CONSULTATIONS SOUHAITEES

- Médecin Rééducateur :
- Neurologue :
- Consultation de neuro-ophtalmologie
- Bilan urodynamique
- Médecin du travail
- Assistante sociale
- Psychologue
- Education Thérapeutique du Patient (programme Act'SEP)
- Tests neuro psychologiques
- Autre :

☞ **Merci de nous adresser également un courrier de synthèse.**

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES – QUESTIONS POSEES

.....
.....