DEMANDE
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 :	
MT référent :	
Date souhaitée :	Date de la demande :

⇨ Déplacement du patient fauteuil ☐ oui ☐ non
⇨ Personne accompagnante ☐ oui ☐ non
⇨ Mange seul ☐ oui ☐ non
⇨ Régime alimentaire particulier : ……

CONSULTATIONS SOUHAITEES

☐ Médecin Rééducateur
☐ Neurologue
☐ Consultation de neuro-ophtalmologie
☐ Bilan urodynamique
☐ Médecin du travail
☐ Assistante sociale
☐ Psychologue
☐ Education thérapeutique auprès de l'infirmière du réseau
☐ Tests neuro psychologiques
☐ Autre :

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

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES – QUESTIONS POSEES

……

……