DEMANDE D'INTERVENTION DE LA STRUCTURE REGIONALE NEURO SEP SYNAPSE

IDENTITE DU PATIENT :	**IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL :**
Nom, Prénom : Date de naissance : Adresse : Tél :	

VOTRE PATIENT :

☐ SEP : ☐ RR ☐ SP ☐ PP Date du diagnostic : Score EDSS :

☐ Parkinson Date du diagnostic :

VOTRE DEMANDE CONCERNE :

☐ Un suivi d'annonce du diagnostic

☐ Le programme d'éducation thérapeutique SEP'ACTIF (Sclérose en plaques)

☐ Une initiation ou changement de traitement

Nom du traitement prescrit :

Date de début :

☐ Une évaluation des besoins

☐ Une évaluation psychologique

☐ Une information sur les droits

☐ Un accompagnement social

☐ Un accompagnement des aidants

☐ Si autre, précisez :

Eléments cliniques :

Merci de joindre un CR d'hospitalisation ou de consultation

Le patient souhaite : ☐ Contacter Synapse ☐ Etre contacté par Synapse

*Fiche à renvoyer à **Synapse** :*

Mail :reseau.sep.idf.ouest@orange.fr

ou Fax : 01.30.15.80.49

Cachet et signature

Structure régionale neuro SEP SYNAPSE – Hôpital du Vésinet – 72 avenue de la Princesse – 78110 Le Vésinet
☎ 01 30 15 85 44 **Fax :** 01 30 15 80 49 **mail** reseau.sep.idf.ouest@orange.fr **site web** : www.reseausep.fr