



Patients

croix-rouge française
PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS



Formulaire demande d'admission Programme ETP Parkinson

Si vous souhaitez participer au programme d'éducation thérapeutique du patient Parkinson du CMPR Le Clousis, merci de remplir ce formulaire.

Cela permettra aux équipes de l'établissement de vous proposer un entretien individuel au centre, dans la limite des places disponibles et selon votre lieu de résidence.

1. Mon identité & mes coordonnées :

☐ Madame ☐ Monsieur

NOM d'usage :

NOM de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

N° de téléphone (domicile) :

N° de portable :

2. Mon proche aidant principal :

NOM, prénom :

Lien (conjoint...) :

☐ Je n'ai pas de proche aidant

Qu'est-ce qu'un proche aidant ?

Est considéré comme proche aidant d'une personne son conjoint, le partenaire, concubin, un parent ou un allié, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, **à titre non professionnel**, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.



Tournez SVP

3. Mon suivi actuel :

Année de diagnostic :

Neurologue : Dr

Médecin traitant : Dr

Professionnels intervenant dans ma prise en charge :

☐ Kinésithérapeute ☐ Psychologue ☐ Orthophoniste

☐ Autres :

4. Comment j'ai découvert ce programme :

☐ Mon médecin traitant m'en a parlé

☐ Mon neurologue m'en a parlé

☐ Par les professionnels du Réseau de Santé pour les Personnes âgées (RESPA)

☐ J'ai vu le dépliant dans la salle d'attente de :

☐ Par les professionnels du CLIC ou SAMSAD

☐ Par France Parkinson ou une autre association

☐ Autre :
.....

5. Pourquoi ce programme m'intéresse :

Cochez ici, les affirmations qui motivent votre participation au programme d'ETP :

☐ Je souhaite mieux comprendre la maladie de Parkinson

☐ Je souhaite améliorer ma qualité de vie

☐ Je souhaite avoir la possibilité d'échanger avec d'autres malades

☐ Je souhaite avoir des conseils / des astuces sur des problèmes du quotidien

☐ Mon aidant/famille souhaite que j'y participe

☐ Mon médecin souhaite que j'y participe

☐ Autre :
.....

Merci d'envoyer le formulaire à l'adresse :

CMPR Le Clousis

Bureau des Admissions

1 rue Henry Dunant



Patients

croix-rouge française
PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS



Formulaire demande d'admission Programme ETP Parkinson

Si vous souhaitez participer au programme d'éducation thérapeutique du patient Parkinson du CMPR Le Clousis, merci de remplir ce formulaire.

Cela permettra aux équipes de l'établissement de vous proposer un entretien individuel au centre, dans la limite des places disponibles et selon votre lieu de résidence.

2. Mon identité & mes coordonnées :

☐ Madame ☐ Monsieur

NOM d'usage :

NOM de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

N° de téléphone (domicile) :

N° de portable :

3. Mon proche aidant principal :

NOM, prénom :

Lien (conjoint...) :

☐ Je n'ai pas de proche aidant

Qu'est-ce qu'un proche aidant ?

Est considéré comme proche aidant d'une personne son conjoint, le partenaire, concubin, un parent ou un allié, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, **à titre non professionnel**, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.



Tournez SVP

3. Mon suivi actuel :

Année de diagnostic :

Neurologue : Dr

Médecin traitant : Dr

Professionnels intervenant dans ma prise en charge :

☐ Kinésithérapeute ☐ Psychologue ☐ Orthophoniste

☐ Autres :

4. Comment j'ai découvert ce programme :

☐ Mon médecin traitant m'en a parlé

☐ Mon neurologue m'en a parlé

☐ Par les professionnels du Réseau de Santé pour les Personnes âgées (RESPA)

☐ J'ai vu le dépliant dans la salle d'attente de :

☐ Par les professionnels du CLIC ou SAMSAD

☐ Par France Parkinson ou une autre association

☐ Autre :
.....

5. Pourquoi ce programme m'intéresse :

Cochez ici, les affirmations qui motivent votre participation au programme d'ETP :

☐ Je souhaite mieux comprendre la maladie de Parkinson

☐ Je souhaite améliorer ma qualité de vie

☐ Je souhaite avoir la possibilité d'échanger avec d'autres malades

☐ Je souhaite avoir des conseils / des astuces sur des problèmes du quotidien

☐ Mon aidant/famille souhaite que j'y participe

☐ Mon médecin souhaite que j'y participe

☐ Autre :
.....

Merci d'envoyer le formulaire à l'adresse :

CMPR Le Clousis

Bureau des Admissions

1 rue Henry Dunant