

**A l'attention du programme Protocole 3 ASAPP :
Aide et Soutien aux Aidants Proches
et aux Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer
ou d'une maladie apparentée.**

Prescription de prise en charge

Coordonnées du prescripteur	Coordonnées du bénéficiaire (aidé)
Nom/prénom :	Nom/prénom :
Adresse :	NISS :
Tél :	Mutualité :
Mail :	(apposer vignette)

Conditions d'inclusion dans le projet :

- Le bénéficiaire présente une maladie d'Alzheimer ou une affection apparentée responsable d'un syndrome démentiel.

Prière de prendre en charge Mr/Mme _____ et son aidant proche
pour les soins suivants :

- Suivi d'ergothérapie à domicile pour :
- Risque de chute
 - Evaluation et aménagement de l'environnement physique et/ou social
- Suivi psychologique :
- demande de la personne malade ou de l'aidant proche
 - refus de mettre des aides en places

Cachet du Médecin et Signature

Date :