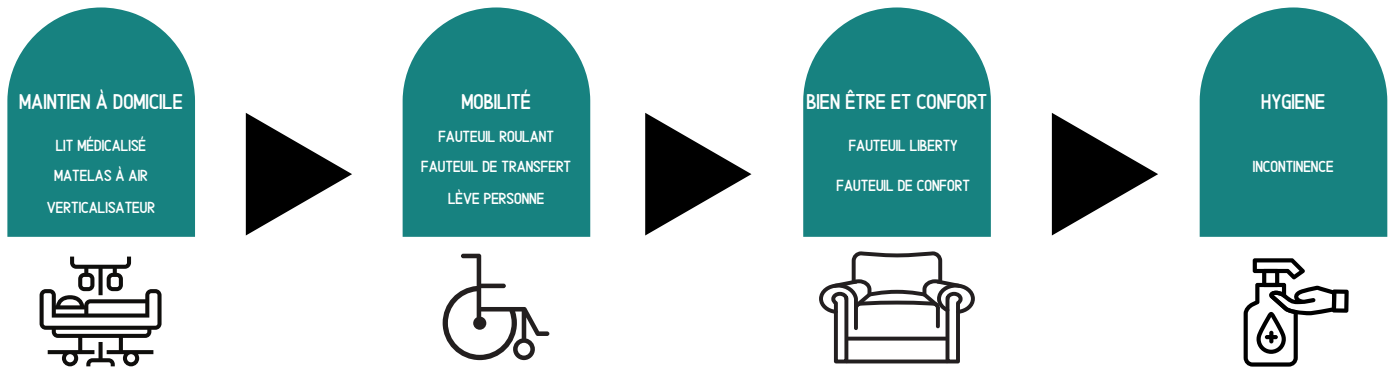


# DEMANDE D'ÉVALUATION DES BESOINS À DOMICILE



## PRISE DE RENDEZ-VOUS À DOMICILE

VOTRE PHARMACIE : \_\_\_\_\_

POUR MOI  EN TANT QU' Aidant

MADAME  MONSIEUR

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

CODE POSTAL: \_\_\_\_\_ VILLE: \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE: \_\_\_\_\_ E-MAIL : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

ÊTES-VOUS ÉQUIPÉ EN MATÉRIEL MÉDICAL OU AIDE TECHNIQUE?  OUI  NON

SI OUI, LESQUELS? \_\_\_\_\_

SOUHAITEZ-VOUS UNE ÉVALUATION À DOMICILE?  OUI  NON

MOBILIER  MOBILITÉ  HYGIÈNE / TOILETTE  INCONTINENCE

SOUHAITEZ-VOUS RECEVOIR UN ÉCHANTILLON DE PROTECTION URINAIRE ?  OUI  NON



ENVOYER LA DEMANDE