

Date :

COORDONNÉES PATIENT(E)

NOM / PRENOM

ADRESSE

CP / VILLE

TEL

DEMANDEUR :

NOM / PRENOM

Neurologue Généraliste Autre Profession :

PATHOLOGIE :

SEP – (Préciser score EDSS : ...)

Parkinson (Préciser stade d'avancement :))

SLA (Préciser stade :))

Autre MND :

DATE DIAGNOSTIC :

MOTIF DE LA DEMANDE **Joindre obligatoirement le ou les derniers courriers de consultation**

- | | |
|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> Évaluation globale | Détails : |
| <input type="checkbox"/> Psychologique | |
| <input type="checkbox"/> Traitement | |
| <input type="checkbox"/> Médico-Social | |
| <input type="checkbox"/> Accompagnement de l'aidant | |
| <input type="checkbox"/> Éducation thérapeutique (*) | |

(*) Programmes pour la Sclérose En Plaques « **Les Ateliers de la SEP** »
Et la Maladie de Parkinson « **ETPARK Occitanie** »

Le patient est informé de la transmission de ces informations aux acteurs de santé impliqués dans la prise en charge de sa pathologie et ne s'y oppose pas.

Conformément à la [loi « informatique et libertés »](#), il peut exercer ses droits d'accès aux données le concernant et les faire rectifier en transmettant un mail à contact@pole-mnd.com