



**DEMANDE D'INTERVENTION D'UN  
EDUCATEUR MEDICO-SPORTIF  
A faxer au 03 20 44 54 11**

(Toute demande d'intervention doit se faire après accord oral du patient ou des parents si mineur)

Date de la demande :

**Demandeur :**  
(Médecin CRCM)

**Patient** (Nom – Prénom) :

Date de naissance :

Poids :

Taille :

Téléphone :

Adresse :

**Type d'intervention souhaitée :**

- Incitation au sport
- Réentraînement à l'effort
- Réentraînement pré greffe
- Réentraînement post greffe
- Autre, Préciser : .....

**Lieu d'intervention :**  A domicile  A l'hôpital  Autre :

**Caractéristiques de la pathologie que vous jugez nécessaires de communiquer à l'éducateur du réseau pour la prise en charge du patient :**

- Broncho-dilatateur :
- Aérosol :
- O<sub>2</sub> :
- Diabète :
- Autre, Préciser :

**Précautions particulières :**

**Pour toute demande de prise en charge, une épreuve d'effort métabolique ou un shuttle test (ou, à défaut, un test de marche de 6 minutes) de moins de 3 mois est indispensable.**

- Une épreuve d'effort métabolique de moins de 3 mois est disponible
- Un shuttle test de moins de 3 mois est disponible
- Prévoir une épreuve d'effort métabolique
- Prévoir un shuttle test
- Prévoir un test de marche de 6 minutes si le shuttle test n'est pas réalisable

Signature du demandeur