

**Prescription Esprad.**



**Centre hospitalier de le Nouvion en Thiérache**  
**Rue Andrée Ridders**  
**Tel : 03/23/97/56/03**  
**Fax : 03/23/97/56/34**

NOM(S) : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

N° immatriculation : .....

Je soussigné (e), Docteur.....

Certifie que l'état de M. ou Mme .....

Nécessite des séances de rééducation/réadaptation à domicile par l'ESPRAD : équipe spécialisée de prévention, réadaptation à domicile pour maladie de :

- Parkinson
- SEP ou maladie apparentée
- Patient à haut risque de chute

Admission en programme :

- Réhabilitation/réadaptation au domicile
  - Soins prévus : 18 séances maximum à raison de 1 à 2 séances/semaine.

Fait-le :

Signature :

Tampon :