

# Fiche de demande d'orientation PEMR RESILIENCE

## Identité du demandeur

Nom

Prénom

Téléphone:

Mail:

## Vous êtes:

Un patient

Un aidant

Une association de patients

Un professionnel de santé

Un professionnel du social

Un professionnel du médico-social

Autre:

## Nom de votre organisme ou association, si applicable:

## Identité de la personne concernée par la demande

Nom

Prénom

Date de naissance

Orientation vers un centre maladie rare

Information sur une maladie ou un handicap rare

Accompagnement d'une situation complexe

## MOTIF DE LA DEMANDE

Partenariat avec la PEMR RESILIENCE

Education thérapeutique du patient

Information sur les recherches en cours

Autre

## Pour les demandes d'orientation vers un centre maladie rare

Indiquez si un centre concerné par la demande figure parmi les centres suivants:

Anomalies du développement, déficience intellectuelle de causes rares

Maladies rares à expression motrice ou cognitive du système nerveux central

Maladies rares cardiaques héréditaires

Maladies rares du développement cérébral et déficience intellectuelle

Maladies auto-immunes et auto-inflammatoires systémiques rares

Maladies vasculaires rares avec atteinte multisystémique

Maladies hépatiques rares de l'enfant et de l'adulte

Maladies neuromusculaires

Maladies mitochondriales de l'enfant à l'adulte

SLA et autres maladies rares du neurone moteur

Maladies rares en dermatologie

Malformations abdomino-thoraciques

Maladies rares endocriniennes

Maladies héréditaires du métabolisme

Maladies rares immuno-hématologiques

Maladies constitutionnelles rares du globule rouge et de l'érythroïèse

Maladies respiratoires rares

Complications neurologiques et sphinctériennes des malformations pelviennes et médullaires rares

Maladies rénales rares

Maladies rares de l'os et du cartilage

Maladies rares sensorielles

Malformations de la tête, du cou et des dents

Autre:

# Fiche de demande d'orientation PEMR RESILIENCE

**Pour les demandes d'orientation vers un centre maladie rare:  
merci de compléter cette partie**

**Coordonnées du  
médecin  
demandeur**

**Motif de la  
demande**

**RESILIENCE PEMR Nice Corse**

**Merci de renvoyer la fiche complétée à  
[resilience@chu-nice.fr](mailto:resilience@chu-nice.fr)  
contact: 04 92 03 51 09**

# Fiche de demande d'orientation PEMR RESILIENCE

**Pour les autres demandes**

**Vos coordonnées**

**Motif de  
la demande**

**RESILIENCE PEMR Nice Corse**

**Merci de renvoyer la fiche complétée à  
[resilience@chu-nice.fr](mailto:resilience@chu-nice.fr)  
contact: 04 92 03 51 09**