

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE D'EXPERTISE EN READAPTATION

Nom de l'établissement : Clinique de l'Estran

☎ : 07.64.39.12.05 @ : emer.lestran@inicea.fr

Ce document est à compléter par un demandeur (professionnel de santé libéral, structures médico-sociales, réseaux de santé du territoire, services hospitaliers) après accord explicite du bénéficiaire ou de son représentant légal. Merci d'envoyer cette demande dûment complétée par mail ou courrier.

1. Coordonnées :

	Date de la demande :
IDENTITE DU BENEFICIAIRE	IDENTITE DU DEMANDEUR
Nom : Nom de naissance : Prénom :	Demandeur Nom et Prénom :
Date de naissance : Sexe : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme	Profession/Relation par rapport au bénéficiaire :
Adresse :	Etablissement et service :
N° de téléphone : Mail :	N° de téléphone : Mail :
N° de Sécurité Sociale : Caisse Maladie : Mutuelle :	Nom et coordonnées du médecin traitant :
<input type="checkbox"/> Je certifie que la demande est effectuée après l'accord du bénéficiaire lui-même ou de son représentant légal	

2. Demande d'intervention de l'EMER

Objet de la demande d'intervention :

- Accompagnement d'un retour ou maintien à domicile complexe
- Préconisation d'aide technique : installation, déplacement, communication, ...
- Formation des aidants
- Autres (noter le motif) :

3. Renseignements médicaux :

Pathologie motivant la demande :	
Traitements médicamenteux en cours :	

4. Cadre de vie :

Situation familiale : <input type="checkbox"/> Vie familiale <input type="checkbox"/> Rupture <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Autre :		Personne à contacter : Nom : _____ Prénom : _____ N° de téléphone : _____ Mail : _____ Lien avec le bénéficiaire : _____	
Présence d'un aidant familial : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Statut : <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> En arrêt de travail <input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> En invalidité <input type="checkbox"/> Autre : _____		Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Mesure de protection judiciaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> En cours			
Coordonnées du référent : _____			
Dispositifs médico-sociaux existants : <input type="checkbox"/> IDE/SSIAD <input type="checkbox"/> Portage de repas <input type="checkbox"/> Aide(s) à domicile <input type="checkbox"/> Téléalarme <input type="checkbox"/> Professionnel de santé intervenant au domicile (kiné, ...) Prestataire de vente de matériel médical :			

5. En quelques mots, qu'attendez-vous de l'EMER ?

6. Autonomie :

Niveau d'autonomie et d'indépendance				
	Aide totale	Aide partielle	Avec supervision	Sans aide
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfert/Locomotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commission d'intervention

Après réception de votre demande, l'équipe mobile l'étudiera lors d'une commission d'admission ayant lieu une fois par semaine. Vous serez informé de la décision et nous prendrons contact directement avec le bénéficiaire. Toute demande incomplète entraînera un retard de réponse, par conséquent, de prise en charge.

Nom : _____
Date : _____

Signature et/ou cachet : _____

Merci de transmettre ce document et l'ensemble des pièces à l'adresse suivante : emer.lestran@inicea.fr