

DEMANDE D'INTERVENTION EN EQUIPE MOBILE DE READAPTATION (EMR 88)

Date de la demande: _____

Accord du bénéficiaire pour cette demande: Oui Non

BENEFICIAIRE:

NOM D'USAGE/PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

JOUR / MOIS / ANNÉE

NOM DE NAISSANCE: _____

ADRESSE: _____

CODE POSTAL/VILLE: _____

TÉLÉPHONE: _____

Demandeur de l'intervention (professionnel de santé en libéral, service hospitalier, service d'aide à la personne...)

NOM/PRÉNOM: _____

TÉLÉPHONE: _____

PROFESSION: _____

NOM DE LA

STRUCTURE/CABINET/HÔPITAL: _____

AUTRE: _____

Historique de la maladie et tableau clinique actuel (possibilité de joindre des comptes rendus récents):

MOTIF DE LA DEMANDE:

- Essais, choix et apprentissage d'aides techniques / aides à la marche pour faciliter le quotidien dans l'environnement de vie du patient.
- Réadaptation des activités de vie quotidienne à domicile (courses, repas, toilette, transferts, déplacements fauteuil roulant manuel/électrique...).
- Sensibilisation aux aidants/professionnels sur les difficultés liées au handicap dans les occupations du patient.
- Actions de prévention au patient et/ou aux aidants (chutes, équilibre...)

Description détaillée de la demande:

Médecin traitant:

NOM/PRÉNOM: _____

ADRESSE: _____

TEL: _____

MAIL: _____

Intervenants auprès du bénéficiaire (inscrire les coordonnées connues):

INFIRMIER: _____

RÉÉDUCATEUR: _____

SERVICE D'AIDE À LA
PERSONNE: _____

AUTRE: _____

Cachet et signature du médecin:

FAIT LE:

A:

*Cette demande est à envoyer par mail au secrétariat de l'Equipe Mobile, à l'adresse suivante:
secretariat.mpr.epinal@ch-ed.fr.*

*Après réception de cette demande, l'Equipe Mobile l'étudiera lors d'une commission
d'admission ayant lieu une fois par semaine.*

Le bénéficiaire sera contacté et informé de la décision de l'Equipe Mobile.