



Demande d'intervention E.M.E.R 83

Document confidentiel à transmettre après accord explicite de la personne concernée (ou de sa personne de confiance) à l'équipe E.M.E.R 83

Par mail : emer83@salinsdebregille.com **ou par courrier.**

A réception de ce document, l'équipe prendra contact avec le demandeur ou la personne concernée directement.

DEMANDEUR

Nom : Fonction / Service :
Prénom : Téléphone :
Mail :

IDENTITE DU PATIENT

Nom : Prénom :
Date de naissance : Sexe : F M
Adresse du lieu de vie :
Téléphone :

Personne de confiance et/ou à prévenir :
Mesure de protection : Non Oui
Si oui : type de mesure, nom et téléphone :

Situation familiale : vit seul Entourage :
Profession :

Situation au moment de la demande :

- Hospitalisé, date de sortie prévue :
- Au domicile sans HAD
- Au domicile avec HAD (précisez) :
- En établissement Médico-social (précisez) :
- Autre (précisez) :

Motif de la demande :
.....
.....

- Aide au maintien à domicile Aide au retour à domicile Aide aux aidants
- Avis médical MPR et rééducation Evaluation ergothérapique Evaluation sociale
- Orientation / Coordination du projet de rééducation Troubles v-sphinctériens
- Orthopédie, appareillage, aides techniques, aménagements Troubles déglutition
- Autres :

Diagnostic, date de survenue de la maladie et parcours hospitalier :
.....
.....

Description clinique actuelle :
.....
.....

Merci de joindre un compte rendu médical ou d'hospitalisation



Médecin traitant (est-il informé de la demande ?) : Oui Non

D^r :

Adresse :

Téléphone : Mail :

Date de la demande :

Signature :

Equipe Mobile d'Expertise et de Réadaptation 83
Institut de Rééducation Fonctionnelle Pomponianan-Olbia
Route de l'Almanarre - BP90041 - 83407 HYERES Cedex
Secrétariat : 04.94.35.94.35 – mail : emer83@salinsdebregille.com