

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ÉQUIPE MOBILE D'APPUI ET D'EXPERTISE



EMAE - Centre MPR Côte d'Amour

Tél : 06 20 79 75 47

Demande à renvoyer par mail : emae.cmpr-penbron@planet-sante.fr

Accord préalable du patient et/ou de la famille : OUI NON

Date de la demande :/...../..... Nom de la structure :

PROFESSIONNEL DEMANDEUR/RÉFÉRENT

Nom : Prénom :

Fonction : Service :

Adresse e-mail : Téléphone :

1. VOTRE DEMANDE CONCERNE :

Un patient

Une problématique d'équipe

Identité du patient

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....

Adresse : Code Postal :

Téléphone : Adresse e-mail :

Médecin traitant : Cabinet IDEL :

Numéro de sécurité social : Mutuelle :

2. POUR QUEL(S) TYPE(S) D'INTERVENTION(S) SOUHAITEZ-VOUS ÊTRE ACCOMPAGNÉ ?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Évaluation du projet de sortie | <input type="radio"/> Aide technique (FRM, FRE, autre) | <input type="radio"/> Plaies chroniques |
| <input type="radio"/> Évaluation du maintien à domicile | <input type="radio"/> Positionnement | <input type="radio"/> Conseils rééducatifs / pronostic fonctionnel |
| <input type="radio"/> Aide à l'orientation | <input type="radio"/> Spasticité | <input type="radio"/> Autre : |
| <input type="radio"/> Aménagement du domicile | <input type="radio"/> Appareillage | |

3. POUR TRAITER LA DEMANDE, MERCI D'ÊTRE LE PLUS EXHAUSTIF POSSIBLE CONCERNANT LA SITUATION DU PATIENT ET SES BESOINS : antécédents, motif d'hospitalisation, problématique, traitement médical en cours, compte rendu d'hospitalisation...

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....