FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE D'EXPERTISE ET DE READAPTATION (EMER)

BÉNÉFICIAIRE INFORMÉ ET D'ACCORD : oui ☐ non ☐

Date de la demande : / / Date de Réception de la demande (réservé à l'EMER) : / /

IDENTITÉ DU BÉNÉFICIAIRE :

NOM : NOM DE NAISSANCE :
PRENOM : Sexe F ☐ M ☐
Date de Naissance : Tél fixe : Portable :
Adresse : Email :

MESURE DE PROTECTION : OUI ☐ NON ☐ Si oui, type de mesure :Nom et prénom du mandataire :

Organisme :
Téléphone : Mail :

IDENTITE DU DEMANDEUR :

Nom :
Prénom :
Profession/structure
Adresse :
Tél fixe : Tél portable :
Email :

MÉDECIN TRAITANT ET SPÉCIALISTES MPR :

Nom du Médecin Traitant :
Adresse :
Tél : Mail :
Suivi MPR :
Centre : Médecin :
Est-il informé : ☐ Oui ☐ Non

PERSONNE DE CONFIANCE ET/OU A PREVENIR :

Nom : Lien avec l'usager:
Prénom : Téléphone :

PATHOLOGIE ENTRAINANT LES LIMITATIONS D'ACTIVITÉS :

CADRE DE VIE DU BENEFICIAIRE :

Situation familiale :
Vit seul ☐ Entourage ☐ .....

SITUATION DU BENEFICIAIRE AU MOMENT DE LA DEMANDE :

- Hospitalisé : lieu ..... Date de sortie prévue :
- Au domicile : Avec intervenants extérieurs précisez .....
  .....

Intervenants au domicile (IDE, SAD, SSIAD, Auxiliaires de rééducation…)	*Coordonnées*	*Type d'Intervention*

- En établissement médico-social : précisez .....
- Autres : .....

MOTIF DE LA DEMANDE :

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

Questionnaire à renvoyer par mail à contact-emer14@chu-caen.fr

☐ Evaluation du domicile/amélioration de l'accessibilité
☐ Evaluation des besoins en aides humaines
☐ Amélioration de la participation sociale
☐ Autre, précisez :

☐ Evaluation aides techniques (Fauteuil roulant…)
☐ Information, conseils ou orientation
☐ Aide aux démarches administratives