

Demande d'intervention de l'Equipe Mobile d'Evaluation et Réadaptation (EMER)

Date de la demande :

Identification :

<u>Du bénéficiaire :</u>	<u>Du Demandeur :</u>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de Naissance :	Rapport avec le bénéficiaire :
N° de téléphone :	N° de Téléphone :
Adresse :	Mail :
Mail :	
N° de sécu :	
Caisse :	

Cadre de vie :

Domicile : ☐ En couple / chez enfant ☐ seul mais entouré ☐ Isolé

Institution : ☐ Oui ☐ Non

Personne à prévenir :

N° de Téléphone :

Mesure de protection juridique : ☐ Oui ☐ Non

Coordonnées du tuteur :

Demande d'intervention (1 ou plusieurs motifs)

- ☐ Problème de positionnement
- ☐ Troubles de la marche
- ☐ Mouvements anormaux
- ☐ Douleurs
- ☐ Difficulté pour les transferts
- ☐ Perte d'autonomie
- ☐ Chutes à répétition
- ☐ Difficultés pour la toilette/l'habillage/les activités de vie quotidienne

Renseignements médicaux

Antécédents chirurgicaux :

Antécédents médicaux :

Allergies :

Traitements médicamenteux en cours (joindre les dernières ordonnances) :

Autorisation de prise en soins

Je, soussigné(e)

..... (Préciser le lien de parenté),

- ☐ Certifie autoriser l'unité d'Equipe Mobile d'Expertise en Réadaptation du CHIELVR, à émettre, un avis d'experts sur le lieu de vie en lien avec le médecin traitant et les intervenants libéraux afin de prodiguer des conseils et préconisations au maintien à domicile.
- ☐ Accepte que les informations nécessaires à la prise en charge soient transmises aux professionnels qui m'accompagnent en application de l'article L241-10 du code de l'action sociale et des familles.
- ☐ Atteste avoir pris connaissance du livret d'accueil EMER et en accepte les conditions.
- ☐ Accepte la prise de photos liées au mode de prise en charge, dans le respect de la confidentialité et de l'anonymat.

Fait à

Le

Nom du patient :

Signature :