EMER EURE
ÉQUIPE MOBILE D'EXPERTISE EN RÉADAPTATION

Une expertise au domicile de vos patients

DEMANDE D'INTERVENTION

Équipe Mobile d'Expertise en Réadaptation
EMER Eure

Ce formulaire dûment complété est à nous retourner ***par mail*** *:*

emer@chi-elbeuf-louviers.fr

Tél : 02 32 25 75 52

Date de la demande : _____

Accord préalable de la personne : ☐Oui ☐Non

Identité de la personne

Nom d'usage : _____ **Prénom :** _____

Nom de naissance : _____ **Date de naissance :** _____

N° Sécurité Sociale : _ _ - _ _ - _ _ - _ _ - _ _ - _ _ - _ _ **Mutuelle :** _____

Situation actuelle : ☐ Hospitalisé *(Sortie prévue le* _____ *)* ☐ Établissement médico-social ☐ Domicile

Adresse : _____

Tel : _____ **Mail :** _____

Situation socio-professionnelle : ☐ En activité ☐ Étudiant, formation ☐ Retraité ☐ Sans emploi

Situation socio-familiale : ☐ Marié ☐ Vit seul ☐ Veuf ☐ PACS, concubinage **Enfants à charge :** _____

Personne ressource **Lien :** _____

Nom : _____

Contact : _____

Protection juridique ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice

Contact : _____

Ressources et droits en cours

Ressources : ☐ Salaire ☐ Retraite ☐ AAH ☐ RSA ☐ IJ ☐ Pension d'invalidité ☐ Autre : _____

Droits : ☐ APA ☐ PCH ☐ ACTP ☐ AEEH ☐ Autre : _____

Professionnel à l'origine de la demande

Nom : _____ **Fonction :** _____

Structure, service : _____

Adresse : _____

Tel : _____ **Mail :** _____

Médecin traitant

Nom : _____ **Tel :** _____ **Mail :** _____

Adresse : _____

Anamnèse *Merci de joindre les documents médicaux en votre possession (compte-rendu, courrier récent, etc.)*

Problématiques médicales / chirurgicales et traitements en cours :

Histoire de la maladie et date de début des troubles, antécédents, traitements : renseignez ce dont vous avez connaissance.

Intervenants à domicile / Soignants libéraux

Professionnel / Structure	Coordonnées	Temps/fréquence	Nature de l'intervention

Logement

Habitat : ☐ Locataire ☐ Propriétaire ☐ Résident ☐ Occupant à titre gratuit

Difficultés rencontrées dans le logement :

☐ Escaliers / étage sans ascenseur ☐ Accès extérieur difficile ☐ Salle de bain / WC inadaptés

☐ Logement exigu ou encombré ☐ Insalubrité / précarité ☐ Autre :

Nature de la demande

☐ 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 la vie quotidienne

☐ Autre :

En quelques mots, qu'attendez-vous de l'EMER Eure ? (*Obligatoire*)

Réservé à l'Équipe Mobile EMER Eure

Reçu le : Staffé le :

Référence dossier :

Validation médicale : ☐ Oui ☐ Non *Cachet et signature du médecin*

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 :