



Centre Hospitalier Intercommunal du Pays du Revermont

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ÉQUIPE MOBILE D'EXPERTISE EN RÉÉDUCATION (EMER)

Les interventions de l'EMER sont ponctuelles et réservées à des situations complexes. Elles doivent répondre aux objectifs du patient en situation de handicap afin de favoriser le maintien à domicile.

Veuillez remplir le formulaire et apporter tous les renseignements nécessaires afin de faciliter l'évaluation de la commission d'admission.

DEMANDEUR

Nom :		Prénom :	
Fonction :			
Adresse :			
Code postal :		Ville :	
Numéro de téléphone :		Mail :	
Lieu d'intervention demandé :			

BÉNÉFICIAIRE

Nom :		Prénom :	
Date de naissance :			
Situation familiale :			
Adresse :			
Code postal :		Ville :	
Numéro de téléphone :		Mail :	
Numéro INS :			
Autorisation du ou de la patient(e) pour l'accès au DMP :	☐ oui	☐ non	
Médecin traitant :			
Personne de confiance :			

FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Habitat / lieu de vie :

Locataire / propriétaire :

Accès au lieu de vie :

Aide à domicile existante :

Intervention d'acteurs territoriaux :

Prise en charge rééducative (kinésithérapeute, orthophoniste, etc.) :

Ressources du ou de la patient(e) :

PROFIL MÉDICAL

Pathologie en cause :

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Traitement en cours :

AUTONOMIE

Comportement :

Communication :

Déplacements :

Transferts :

Actes de la vie quotidienne (toilette, habillage) :

Autres activités :

OBJET DE LA DEMANDE D'INTERVENTION

Problématique empêchant le retour ou le maintien à domicile :

OBJECTIFS

Objectifs du ou de la patient(e) :

Objectifs de l'entourage, notamment de l'aidant :

TRANSMISSION

Transmettez votre demande via MSSanté.

Fait à :

Le :

Signature :

DÉCISION DE LA COMMISSION D'ADMISSION

☐ Une intervention sera programmée. Nous vous contacterons pour l'organisation de la visite.

☐ La problématique ne correspond pas aux missions de l'EMER.

☐ Demande de compléments :

Fait à :

Le :

Signature :