

## Formulaire de demande d'intervention de l'Équipe Mobile d'Expertise en Réadaptation neuro-locomotrice (E.M.E.R.)

Les interventions de l'E.M.E.R. sont ponctuelles, réservées à des situations complexes. L'équipe est disponible pour vous aider à compléter ce formulaire.

A renvoyer par mail : [equipemobile@apicrypt.fr](mailto:equipemobile@apicrypt.fr)

À réception de ce document, l'équipe prendra contact avec le demandeur.

Date de la demande :		Réception de la demande : (réservé à l'E.M.E.R.)	
----------------------	--	---	--

### Identité du bénéficiaire

Nom :			
Prénom :			
Sexe :	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	
Date de naissance :			
Adresse :			
Téléphone :			
Mail :			
Situation familiale :			
Numéro NIR :			
Caisse :			

## **Situation au moment de la demande**

<input type="checkbox"/>	Hospitalisé·e	Date de sortie prévue :	
<input type="checkbox"/>	Au domicile sans HAD		
<input type="checkbox"/>	Au domicile avec HAD	Précisez :	
<input type="checkbox"/>	En établissement médico-social	Précisez :	
<input type="checkbox"/>	Dispositifs médicaux et sociaux existants :		
<input type="checkbox"/>	IDE SSIAD		
<input type="checkbox"/>	Aides à domicile		
<input type="checkbox"/>	Autre	Précisez :	

## **Mesure de protection**

Oui  Non

Si oui, précisez :

Type de mesure :	
Nom et prénom du mandataire :	
Organisme :	
Téléphone :	
Mail :	

## **Personne de confiance/ressource**

Nom :	
Prénom :	
Téléphone :	
Lien avec le patient :	

## **Demandeur sollicitant l'E.M.E.R.**

Nom :	
Prénom :	
Fonction / service / structure :	
Adresse :	
Téléphone :	
Mail :	

## **Médecin traitant référent**

Est-il informé de la demande ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Nom :				
Prénom :				
Adresse :				
Téléphone :				
Mail :				

## **Pathologies/déficiences**

**Merci de bien vouloir joindre tous les documents médicaux en votre possession, CRH, courriers récents...**

Date du diagnostic :	
Pathologies/déficiences :	

## **Motif de la demande**

	Aide au maintien à domicile
	Aide au retour à domicile
	Aide aux aidants
	Orientation/conseils du projet de rééducation/réadaptation/avis MPR

## **Quelles sont les problématiques ?**

	Aides techniques	Précisez :	
	Aménagements du domicile	Précisez :	
	Orthopédie		
	Appareillage		
	Positionnement fauteuil/lit		
	Troubles vésicosphinctériens		
	Troubles de la déglutition		
	Autres	Précisez :	

## **Si caractère URGENT de la situation, précisez :**

--