

DEMANDE D'INTERVENTION

Ce document est à compléter par un demandeur (professionnel de santé libéral, structures médico-sociales, réseaux de santé du territoire, services hospitaliers) après accord explicite du bénéficiaire ou de son représentant légal. Merci d'envoyer cette demande par mail ou courrier.

Bénéficiaire	Accord pour cette demande <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Prénom :
Nom d'usage :	Date de naissance :
Nom de naissance :	Téléphone fixe :
Adresse :	Téléphone mobile :
	Email :
Autre personne à contacter :	
Téléphone :	

Protection juridique			
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Tutelle	<input type="checkbox"/> Curatelle	<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice
<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Demande en cours		
Nom Prénom du mandataire :			
Organisme :			
Téléphone :		Email :	

Situation au regard de l'emploi			
<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Etudiant	<input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Sans emploi

Situation actuelle	
<input type="checkbox"/> Vit à domicile	
<input type="checkbox"/> Est hospitalisé	L'établissement dispose :
Lieu/service :	<input type="checkbox"/> d'un ergothérapeute
Date de sortie prévue :	<input type="checkbox"/> d'un neuropsychologue
<input type="checkbox"/> Vit en établissement médico-social	<input type="checkbox"/> d'un orthophoniste
	<input type="checkbox"/> d'un assistant social

Demandeur :	
<i>Le demandeur peut être : professionnel de santé libéral, structure médico-sociale ; réseau de santé du territoire</i>	
Nom :	Prénom :
Structure et fonction :	
Adresse :	
Téléphone :	Mail :



Equipe Mobile de Rééducation Réadaptation et Réinsertion -
EM3R2B equipemobile.3r2b@ch-bastia.fr – 04 95 59 13 93

Médecin traitant :		Informé de la demande : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Téléphone :		Mail :	

Intervenants auprès de la personne	
Infirmier :	Service d'aide à la personne :
Kinésithérapeute :	Orthophoniste :
Autres :	

Date de la demande :		Motif de la demande :			
Pour une intervention :	<input type="checkbox"/> dès que possible	<input type="checkbox"/> dans 1 mois	<input type="checkbox"/> dans 3 mois	<input type="checkbox"/> dans	mois
Description du motif de la demande :					
Scores fonctionnels : (GIR, NHISS, ASIA...)					

Historique de la maladie et tableau clinique actuel
<i>Possibilité de joindre les derniers compte rendus</i>



Antécédents

Traitements

Environnement matériel et humain

Type d'habitation, famille à proximité, entourage présent

Propriétaire Locataire

Niveau d'autonomie et d'indépendance

	Aide totale	Aide partielle	Avec supervision	Sans aide
Toilette				
Repas				
Communication				
Fonctions cognitives				

Aides techniques utilisées et commentaires

Commission d'intervention

Après réception de votre demande, l'équipe mobile l'étudiera lors d'une commission d'admission hebdomadaire.

