

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ÉQUIPE MOBILE D'APPUI ET D'EXPERTISE

EMAE - Centre MPR Côte d'Amour

Tél : 06 20 79 75 47

Demande à renvoyer par mail : emae.cmpr-penbron@planet-sante.fr

Accord préalable du patient et/ou de la famille : OUI NON

Date de la demande :/...../.....

Nom de la structure :

PROFESSIONNEL DEMANDEUR/RÉFÉRENT

Nom :

Prénom :

Fonction :

Service :

Adresse e-mail :

Téléphone :

1. VOTRE DEMANDE CONCERNE : Un patient Une problématique d'équipe

Identité du patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../..... Lieu de résidence :

2. POUR QUEL(S) TYPE(S) D'INTERVENTION(S) SOUHAITEZ-VOUS ÊTRE ACCOMPAGNÉ ?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Évaluation du projet de sortie | <input type="radio"/> Conseils rééducatifs / pronostic fonctionnel |
| <input type="radio"/> Aide à l'orientation | <input type="radio"/> Aménagement du domicile |
| <input type="radio"/> Aide technique (FRM, FRE, autre) | <input type="radio"/> Neuro-Urologie |
| <input type="radio"/> Spasticité | <input type="radio"/> Positionnement |
| <input type="radio"/> Plaies chroniques | <input type="radio"/> Appareillage |
| <input type="radio"/> Troubles de la déglutition | <input type="radio"/> Reprise du travail |
| <input type="radio"/> Conduite automobile | <input type="radio"/> Autre : |

3. MERCI DE BIEN VOULOIR NOUS DÉTAILLER LA SITUATION DU PATIENT ET LE CONTEXTE DE LA DEMANDE : (antécédents, motif d'hospitalisation, problématique, traitement médical en cours, compte rendu d'hospitalisation...)

.....

.....

.....

.....

.....