Demande d’intervention de l’Equipe Mobile

Soins de Suite de Réadaptation

**PERSONNE CONCERNEE**

**Nom : …………………………………………………………. Prénom :………………………………………………………..**

**Date de naissance** : ……../ ……../……..…..

Personne de confiance : ……………………………………. Personne à prévenir :………………………………………….

Tél : Tél :

Mail : Mail :

Date de la demande : ……./……./………….

Nom du demandeur : Profession/Structure :

Adresse :

Tél :

**Nature de la demande**

* Evaluation dans le cadre d’une hospitalisation
* Aide au maintien à domicile
* Autre :

**Médecin traitant référent :**

**Docteur :**

**Adresse :**

**Tél :**

**Intervenants à domicile**

* Infirmier(e) (Nom, Prénom, coordonnées)
* Kinésithérapeute (Nom, Prénom, coordonnées)
* Service d’aide à la personne (Nom, Prénom, coordonnées)
* Autre (Nom, Prénom, coordonnées)

**Après accord du patient, à adresser à :**

**Médecin de l’Equipe Mobile SSR**

**CRRF J. Ficheux**

**Route de Saint-Nicolas**

**CS 30104**

**02410 SAINT-GOBAIN**

**Tél : 03.23.38.77.59**

**emssr@crrfstgobain.fr**

**Antécédents médicaux et chirurgicaux**

**Traitement**

**Difficultés rencontrées et Motif de la demande (attente et besoin de la personne)**

**Situation familiale et sociale, niveau d’autonomie, aides déjà en place :**

**Date du début des troubles : ………/ ………/ …………….**

**Historique de la maladie et tableau clinique (compte rendu médical à joindre/ courrier de sortie d’hospitalisation, de consultation, ... )**

**La personne a-t-elle déjà bénéficié d’une prise en charge au CRRF ? 🞎 oui 🞎 non**

**Si oui, en quelle année ? : Patient suivi par quel médecin du CRRF ? :**

**La personne a-t-elle déjà bénéficié d’une prise en charge par l’EM SSR ? 🞎 oui 🞎 non**

**Si oui, en quelle année ? :**

**Date : Nom, prénom, cachet et signature de l’adresseur :**

* Accident du travail Date : …….. / …….. / ……..
* Maladie professionnelle Date : …….. / …….. / ……..
* ALD Date : ……../ …….. / ……..

**PATHOLOGIE EN RAPPORT AVEC :**

Nom : ……………………………………………….

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………..

CP : \_ \_ \_ \_ \_ Ville :………………………………………………………

N° adhérent : …………………………………………………

**MUTUELLE**

N° immatriculation : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**ORGANISME**

Nom :………………………………………

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………..

CP : \_ \_ \_ \_ \_ Ville :………………………………………………………

**COUVERTURE SOCIALE**

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

Nom :……………………………………………………… Prénom :……………………………………………..

Nom de jeune fille :………………………………………

Né(e) le :\_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ Lieu :………………………………………………..

 Marié  En concubinage  Célibataire  Pacsé

Adresse :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………….

* Tel : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ /\_ \_ / \_ \_ Email :………………………………………………………………

**Régime de protection**

 tutelle  curatelle  habilitation familiale

Nom :…………………..

Coordonnées : ………………………………………………………………………………………..

**Situation au regard de l’emploi**

* Profession …………………………………… 🞎 Retraité 🞎 Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé
* En étude / formation ………………………. 🞎 Sans emploi