

Demande d'intervention de L'Equipe Mobile d'Evaluation et de Réadaptation 66

Ce document est à compléter par un professionnel du secteur sanitaire (y compris libéral), social ou médico-social, après accord explicite de la personne concernée ou de son représentant légal.

Demande à retourner par mail ou courrier à :

USSAP Centre Bouffard-Vercelli
Médecin de l'Equipe Mobile d'Evaluation et de Réadaptation 66
334 rue Diego Vélasquez, 66000 Perpignan
emer66@ussap.fr

Permanence téléphonique :
mardi au vendredi de 8h30 à 12h
04 30 44 11 99
emer66@ussap.fr

Equipe EMER 66 :

Paul HEREDIA
Directeur Opérationnel USSAP
Centre Bouffard Vercelli

Dr Charles FATTAL
Médecin Chef d'établissement

Dr Claire ANQUETIL
Médecin MPR

Dr Vincent MOIZIARD
Médecin MPR

Marion CUBERO
Kinésithérapeute Coordinatrice

Nicolas PIGANIOL
Ergothérapeute

Ingrid MARTOS
Assistante de Service Social

Fanny BRIQUET
Chargée de prévention

Julie DELPRAT
Neuropsychologue

Karine GUILLET
Secrétaire

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

PERSONNE CONCERNEE

Nom :

Prénom :

Age :

DEMANDEUR :

Nom Prénom :

Structure/Organisme :

Adresse :

.....

Téléphone :

Mail :@.....

MEDECIN TRAITANT/REFERENT :

Nom Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :@.....

Le médecin traitant est-il informé de la demande ?

☐ Oui ☐ Non ☐ la personne n'a pas de médecin traitant

Correspondance à adresser

USSAP – Centre Bouffard-Vercelli
EMER66

334 Rue Diégo Velasquez, 66000 Perpignan

Tél : 04 30 44 11 99 – Mail : emer66@ussap.fr – www.ussap.fr

NATURE DE LA DEMANDE : *(plusieurs choix possibles)*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Avis d'intervention en rééducation | <input type="checkbox"/> Avis orthopédique (attelles, orthèses, prothèses ...) |
| <input type="checkbox"/> Aide au maintien à domicile | <input type="checkbox"/> Aide et soutien à la personne et aux aidants |
| <input type="checkbox"/> Avis d'orientation dans le cadre d'une hospitalisation | <input type="checkbox"/> Avis d'orientation (structure, réhospitalisation...) |
| <input type="checkbox"/> Avis sur le positionnement au fauteuil/lit | <input type="checkbox"/> Avis socio-professionnel |
| <input type="checkbox"/> Avis sur risques d'escarres, chutes et/ou fausses routes | <input type="checkbox"/> Accès aux droits (sociaux...) |
| <input type="checkbox"/> Avis sur aides techniques | <input type="checkbox"/> Changements contexte de vie |
| <input type="checkbox"/> Avis sur aménagement du domicile | <input type="checkbox"/> Autre : |

Contexte / Motif de la demande : merci d'indiquer en quelques mots la ou les problématiques ayant motivé la demande d'intervention

Intervenants sur le lieu de vie : *(Noms, Prénoms, coordonnées)*

- ☐ Infirmier(e) :
- ☐ SSIAD :
- ☐ Kinésithérapeute :
- ☐ Service d'aide à la personne :
- ☐ Autre :

Nom, prénom, cachet et signature de l'adresseur :

Après réception, votre demande sera présentée en commission d'admission. Vous serez informé de la décision et l'équipe prendra contact directement avec la personne concernée.

Rappel : l'EMER66 intervient de manière ponctuelle, elle ne délivre ni soins, ni rééducation et ne se substitue pas à la médecine de ville. Il s'agit d'un dispositif gratuit pour la personne.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

(Joindre la photocopie recto verso de la carte d'identité et de l'attestation de droits sécurité sociale)

Nom : Nom de naissance :

Prénom : ☐ Masculin ☐ Féminin

Date de naissance : Lieu de Naissance :

Nationalité : ☐ Française ☐ Autre :

Adresse :

Commune Téléphone :

Mail :@.....

Mesure de Protection : ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Habilitation familiale ☐ En cours

Nom et organisme du mandataire :

Téléphone : Mail :@.....

Situation familiale :

☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Pacsé/concubinage ☐ Union libre ☐ Divorcé ☐ Veuf

☐ Nombre d'enfants : Dont à charge

Situation au regard de l'emploi :

☐ En Emploi ☐ Sans Emploi ☐ En étude /formation ☐ Retraité(e)

Dossier MDPH : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

COUVERTURE SOCIALE ET MUTUELLE

N° sécurité sociale (*obligatoire*) : I _ I I _ I I _ I I _ I I _ I I _ I I _ I

Caisse d'affiliation :

Mutuelle : (préciser)

☐ Complémentaire Santé Solidaire (CSS) *précisez la date de fin de droits*

PATHOLOGIE EN RAPPORT AVEC :

☐ Accident du travail Date Accident de la vie privée Date

☐ Maladie non professionnelle Date Maladie professionnelle Date :

☐ Maladie congénitale ou néonatale Date :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

HISTOIRE DE LA MALADIE ET TABLEAU CLINIQUE : *(joindre compte rendu médical / courrier de sortie d'hospitalisation, de consultation, ...)*

Date du début des troubles ://

ATCD MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :

TRAITEMENTS *(ou joindre la copie de la dernière ordonnance)*

La personne a-t-elle déjà bénéficié d'une prise en charge en centre de soins médicaux et de réadaptation (SMR ex SSR) ? ☐ oui ☐ non

Si oui, le(s)quel(s) :

Date du dernier séjour :