

---

## 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 Vélezquez, 66000 Perpignan**  
**emer66@ussap.fr**

Permanence téléphonique :  
mardi au vendredi de 8h30 à 12h  
**04 30 44 11 99**  
[emer66@ussap.fr](mailto: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](mailto:emer66@ussap.fr) – [www.ussap.fr](http://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

Caisse d'affiliation : .....

Mutuelle : (préciser) .....

#### Complémentaire Santé Solidaire (C3)

**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 CHIRUGICAUX :**

**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 :