

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 :

Médecin de l'Equipe Mobile d'Evaluation et de Réadaptation 66
USSAP Centre Bouffard-Vercelli
334 rue Diego Vélasquez, 66000 Perpignan
EMER66@ussap.fr

Permanence téléphonique :
lundi au vendredi de 9h à 12h
04 30 44 11 99
EMER66@ussap.fr

Equipe EMER 66 :
Dr Charles FATTAL
Médecin Chef

Dr Claire ANQUETIL
Médecin MPR

Dr Vincent MOIZIARD
Médecin de MPR

Marion CUBERO
Kinésithérapeute Coordinatrice

Nicolas PIGANIOL
Ergothérapeute

Ingrid MARTOS
Assistante de Service Social
Julie DUPRE
Chargée de prévention

Emmanuelle BLANCH
Psychologue

Sahra CHEBAH Secrétaire

Date de la demande

PERSONNE CONCERNEE :

Nom Prénom

DEMANDEUR :

Nom Prénom

Structure/Organisme

Adresse

Téléphone Mail

MEDECIN TRAITANT/REFERENT :

Nom Prénom

Structure/Organisme

Adresse

Téléphone Mail

Le médecin traitant est-il informé de la demande ?

Oui

Non

La personne n'a pas de médecin traitant

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

Avis d'intervention en rééducation
Aide au maintien à domicile
Avis d'orientation dans le cadre d'une hospitalisation
Avis sur le positionnement au fauteuil/lit
Avis sur risques d'escarres, chutes, TMS
Avis sur aides techniques et aménagements
Avis sur aménagement du domicile
Avis orthopédique (attelles, orthèses, prothèses ...)
Aide et soutien aux aidants
Avis d'orientation (structure, hospitalisation...)
Avis socio-professionnel
Changement du contexte de vie
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.
Toute demande incomplète ne pourra être traitée.

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 la carte vitale)

Nom Nom de naissance Prénom

Sexe :

Masculin
Féminin

Date de naissance

Lieu de Naissance

Nationalité :

Française
Autre

Adresse

Téléphone

Mail

Mesure de Protection :

Tutelle
Curatelle
Habilitation familiale
En cours

Nom et organisme du mandataire

Téléphone du mandataire

Mail du mandataire

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)
Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé

Dossier MDPH :

Oui

Non

En cours

COUVERTURE SOCIALE ET MUTUELLE

N° sécurité sociale

Caisse d'affiliation

Mutuelle

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

PATHOLOGIE EN RAPPORT AVEC :

Accident du travail en date du

Accident de la vie privé en date du

Maladie non professionnelle en date du

Maladie professionnelle en date du

Maladie congénitale ou néonatale en date du

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

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