



EMER

Équipe Mobile d'Expertise
en Réadaptation

Cadre réservé EMER

Reçu le :

Par :

DEMANDE D'INTERVENTION

Demande à adresser à emer@les-capucins-angers.fr

1. Identité du patient :

Nom-Prénom :

date de naissance :

Nom de naissance :

Adresse :

Mail :

Téléphone :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Protection juridique : Oui Non Si oui précisez : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

Nom et coordonner du tuteur/ Curateur :

2. Est-ce que l'accord du patient / tuteur a été demandé ?

Oui

Non

3. Identité du demandeur :

Nom – Prénom :

Fonction :

Nom de la structure et Service :

Mail :

Téléphone :

4. Votre demande concerne ?

Un patient

Une problématique d'équipe

Urgente

Non urgente

6. Pour quel(s) type(s) d'intervention(s) souhaitez-vous être aidé ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Évaluation globale | <input type="checkbox"/> Neuro-Urologie |
| <input type="checkbox"/> Définition d'un projet de soins | <input type="checkbox"/> Plaie |
| <input type="checkbox"/> Évaluation du projet de sortie | <input type="checkbox"/> Amputation |
| <input type="checkbox"/> Aide à l'orientation | <input type="checkbox"/> Appareillage |
| <input type="checkbox"/> Troubles de la déglutition | <input type="checkbox"/> Pronostic fonctionnel |
| <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs et/ou du comportement | <input type="checkbox"/> Reprise du travail |
| <input type="checkbox"/> Spasticité | <input type="checkbox"/> Conduite automobile |
| <input type="checkbox"/> Positionnement | <input type="checkbox"/> Aides techniques (Fauteuil Roulant Manuel et/ou électrique etc... |

Autre :

7. Pouvez-vous expliquer votre problématique ?

8. Merci de bien vouloir nous détailler la situation du patient ? pathologie(s), contexte, autonomie, prise en charge, entourage/aide, mode de vie antérieur, activité professionnelle,...