

EMER CMRF

☎ : 06.12.47.61.19

emer-cmrf@umt-terresdoc.fr

DEMANDE D'INTERVENTION de l'Equipe Mobile d'Expertise en Réadaptation (EMER)

Version : A

Nous vous remercions de bien vouloir remplir cette fiche de demande d'intervention de l'Equipe Mobile d'Expertise en Réadaptation (EMER). Il est important que tous les champs demandés soient bien renseignés pour bien évaluer la demande et vous apporter la réponse la plus adaptée. Tout dossier incomplet ne sera pas étudié.

Date de la demande* : / /

1. Coordonnées

IDENTITE DU PATIENT / BENEFICIAIRE	IDENTITE DU DEMANDEUR
Nom *:	Demandeur*: <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Dr
Nom de naissance *:	Nom et Prénom du demandeur*:
Prénom*:	Signature*:
Date de naissance*: / /	N° de Téléphone*:
Sexe*: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Etablissement :
Adresse*:	Service :
N° de Téléphone*:	Nom & coordonnées du médecin traitant :

2. Demande d'intervention de l'EMER

Objet de la demande d'intervention de l'EMER :
Lieu d'intervention souhaité : <input type="checkbox"/> Bureau EMER (Place du Castelvieu – 81000 ALBI) <input type="checkbox"/> Visite A Domicile (VAD) <input type="checkbox"/> Structure d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Structure médico-sociale <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> autre (précisez) :

3. Projet de vie du patient

Objectifs du patient :
Objectifs de son entourage (si différents) :

DEMANDE D'INTERVENTION de l'Equipe Mobile d'Expertise en Réadaptation (EMER)

Des démarches ont - elles été effectuées ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquelles :

4. Cadre de vie

Domicile : <input type="checkbox"/> En couple / chez enfant <input type="checkbox"/> Entouré <input type="checkbox"/> Isolé Institution : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Personne à prévenir*: N° de Téléphone*:
Mesure de protection juridique*: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coordonnées du tuteur*:
Dispositifs médicaux sociaux existants : <input type="checkbox"/> IDE SSIAD <input type="checkbox"/> Aide(s) à domicile <input type="checkbox"/> Portage des repas <input type="checkbox"/> Télé Alarme <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	
Ressources matérielles existantes :	

5. Renseignements médicaux

Antécédents chirurgicaux*:
Antécédents médicaux :
Allergies*:
Traitements médicamenteux en cours (joindre les dernières ordonnances) *:
Prescription d'isolement*: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

6. Niveau de dépendance

A) Ventilation*:	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Dyspnéique	<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie	<input type="checkbox"/> Trachéotomie	<input type="checkbox"/> Appareil d'aide respiratoire (VNI...)
B) Etat cutané et soins*:	<input type="checkbox"/> Perfusion	<input type="checkbox"/> Escarre	<input type="checkbox"/> Pansement	<input type="checkbox"/> Port à cathéter	<input type="checkbox"/> Problèmes Infectieux (BMR, BHRE...)
C) Appareillage*:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
D) Capacités fonctionnelles :					
- Toilette / Habillage	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale		
- Prise des repas	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale		
- Mobilité / Transfert	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Canne / déambulateur
- Elimination urine	<input type="checkbox"/> Continent	<input type="checkbox"/> Incontinent	<input type="checkbox"/> Sonde urinaire	<input type="checkbox"/> Stomie	
- Elimination fécale	<input type="checkbox"/> Continent	<input type="checkbox"/> Incontinent	<input type="checkbox"/> Stomie		

7. Observations complémentaires

--