

Demande Intervention E.M.E.R

Document confidentiel à transmettre après accord explicite de la personne concernée (ou de sa personne de confiance) à l'équipe E.M.E.R

Par mail : emer@chu-toulouse.fr.

Les prises en charge de l'EMER sont ponctuelles, réservées à des situations complexes et doivent répondre à des situations complexes et doivent répondre à un objectif identifié par le demandeur.

Il est important que tous les champs demandés soient renseignés pour bien évaluer la demande et vous apporter la réponse la plus adaptée. Tout dossier incomplet ne pourra pas être étudié.

A réception de ce document, l'équipe prendra contact avec le demandeur ou la personne concernée directement.

DEMANDEUR

Date de la demande:
Nom : Prénom :
Fonction / Service :
Mail : Téléphone:

BÉNÉFICIAIRE/

Identité de la personne

Nom : Prénom :
Date de naissance : Sexe : F M
Adresse du lieu de vie :
 Locataire Propriétaire
Téléphone :
Personne de confiance et/ou à prévenir :
Mesure de protection : Non Oui
Si oui : type de mesure, nom et téléphone :
.....
Situation familiale : Vit seul Entourage :

Dispositifs médicaux et sociaux existants : IDE SSIAD Aide(s) à domicile
 Portage des repas Téléalarme Autres (précisez) :

Situation au moment de la demande :

Hospitalisé, date de sortie prévue :
 Au domicile sans HAD
 Au domicile avec HAD (précisez) :
 En établissement Médico-social (précisez) :
 Autre (précisez) :

Médecin traitant (est-il informé de la demande ?) : Oui Non

Dr :
Adresse :
Téléphone : Mail :

Motif de la demande : Aide au maintien à domicile Aide au retour à domicile
 Aide aux aidants Orientation / Coordination du projet de rééducation/avis MPR

Quelles sont les problématiques selon vous ?

Aides techniques, Aménagements, Orthopédie, Appareillage Positionnement fauteuil/lit
 Evaluation sociale Troubles v-sphinctériens Troubles déglutition

Autres :

Si caractère URGENT de la situation précisez :

Diagnostic, date de survenue de la maladie, situation clinique actuelle :

Suivi médical et rééducatif:

Médecins spécialistes:

Kinésithérapeute: Ergothérapeute:

Orthophoniste: Autres:

Traitements actuels :

Merci de joindre compte rendu médical ou d'hospitalisation

Autonomie dans les Activités de Vie Quotidienne:

- Mobilité	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale
	<input type="checkbox"/> Canne / déambulateur		<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant:
- Transfert	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale
- Escaliers	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale
- Toilette	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale
- Habillage	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale
- Utilisation des WC	<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
- 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
- Compréhension:	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale
- Expression:	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale

Revendeur de matériel médical:

Nom :

Téléphone :