Demande d'intervention de l'EM3R 74

A adresser par mail : em3r@fondationalia.fr	Date de la demande :

BENEFICIAIRE	
Nom : *Prénom :* ☐ *F* ☐ *M* *Date de naissance :* *Age :*	*Adresse :* *CP :* *Ville :* *Téléphone :* *Numéro sécurité sociale :*
Nom du médecin traitant (et coordonnées si connues) :	Personne ressource (nom/coordonnées/lien) : Mesure de protection juridique : ☐ Non ☐ Oui – Exercée par :

PRESCRIPTEUR	
☐ Médecin traitant ☐ Service hospitalier (préciser) : ☐ Etablissement (préciser) : ☐ Professionnel libéral (préciser) : ☐ Service social/médico-social (préciser) :	**Coordonnées :**
MOTIF DE LA DEMANDE	**OBJECTIFS**
	☐ Avis MPR ☐ Evaluation des besoins en aides techniques/aménagement du logement ☐ Aide dans les démarches sociales/administratives ☐ Evaluation des besoins d'aides humaines ☐ Orientation vers un établissement ou un dispositif spécialisé
HISTORIQUE DE LA MALADIE - TABLEAU CLINIQUE – TROUBLES ASSOCIES	
	Date de début des troubles :
SITUATION SOCIALE DU PATIENT	
☐ Vit en famille (préciser) ☐ Vit seul (entourage présent/personne isolée) ☐ Vit en institution	
Le patient bénéficie-t-il du passage d'intervenants extérieurs sanitaires ou médico-sociaux ? (préciser)	
Le patient a-t-il été informé de son orientation vers l'EM3R74 ? ☐ Oui ☐ Non A-t-il donné son accord pour une demande de prise en charge par l'EM3R74 ? ☐ Oui ☐ Non	