



EQUIPE MOBILE D'EXPERTISE EN READAPTATION
CHU de NÎMES
Adresse mail : EMER30@chu-nimes.fr
Téléphone Secrétariat EMER : 04.66.68.50.79

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE D'EXPERTISE EN READAPTATION

Ce document est à compléter par un professionnel de santé, social ou médico-social, après accord explicite de la personne concernée ou de son représentant légal.

Demande à retourner par mail ou par courrier à : EMER30@chu-nimes.fr
Adresse postale du service de l'EMER du CHU de Nîmes : Place du Pr Robert Debré 30029 Nîmes Cedex 9

Date de la demande :

IDENTITE DU PATIENT (Joindre copie de la pièce d'identité + Attestation de droits sécurité sociale + mutuelle)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe : F M

N° de Sécurité Sociale :

Adresse du lieu de vie :

Téléphone :

Personne de confiance (nom, lien et coordonnées) :

Mesure de protection : Oui Non Si oui, type de mesure :

Lieux de vie (*plusieurs réponses possibles*) :

au domicile en établissement médico-social hospitalisé(e) autre :

Parents séparés Etablissement : Service :
 Mode de garde : Alternée ou Exclusive

Situation au regard de la scolarité :

Ordinaire Spécialisée Classe, lieu et enseignant référent :

Dossier MDPH : Oui Non En cours

DEMANDEUR

Nom Prénom : Structure/Organisme :

Téléphone : Mail :

Adresse :

MEDECIN TRAITANT

Le médecin traitant est-il informé de la demande ? Oui Non n'a pas de médecin traitant

Nom Prénom : Téléphone : Mail :

Adresse :

REEDUCATEURS REFERENTS/PARAMEDICAUX (*préciser les coordonnées*) :

- CAMSP / SESSAD / IME :
- Kiné : /semaine :
- Ergo : /semaine :
- Orthophoniste : /semaine :
- Psychomotricité : /semaine :
- Social :
- Revendeur de matériel médical :
- Autres :



EQUIPE MOBILE D'EXPERTISE EN READAPTATION
CHU de NÎMES
Adresse mail : EMER30@chu-nimes.fr
Téléphone Secrétariat EMER : 04.66.68.50.79

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Diagnostic :

Principaux antécédents médicaux/chirurgicaux :

Traitements en cours (joindre les dernières ordonnances) :

Autonomie dans les activités de la vie quotidienne :

- Contenance Urinaire Fécale
- Besoin de l'aide d'au moins une personne pour :
 Communiquer Transfert Déplacement Toilette/Habillage Prise des repas
- Présence de matériel médical/aides techniques sur le lieu de vie pour :
 Communiquer Transfert Déplacement Toilette/Habillage Prise des repas
- Informations complémentaires :

NATURE DE LA DEMANDE : *(Préciser la demande)*

- Conseils et aide à la mise en place des aménagements et aides techniques nécessaires (prêts de dispositifs, entraînements, formation et financement)
- Évaluation des besoins spécifiques pour favoriser l'autonomie et la mobilité, qu'ils soient d'ordre réadaptatifs ou rééducatifs
 - Organisation de la continuité des soins au sortir d'un événement aigu
 - Évaluation dans le lieu de vie des dysfonctionnements physiques, fonctionnels et environnementaux
 - Soutien au relais enfants/adultes dans l'organisation des soins
 - Validation de fauteuil roulant électrique sur les lieux de vie habituels
 - Autre :

INTERVENANTS SOLLICITES :

- Ergothérapeute Assistante sociale Infirmière Kinésithérapeute

CONTEXTE/MOTIF DE LA DEMANDE : *(Indiquer en quelques mots la/les problématiques ayant motivé la demande, les demandes spécifiques du patient et les demandes de son entourage)*

VALIDATION DE L'EQUIPE (RESERVEE A L'EMER)

Date de commission :

- Accord Refus : Motif :

Signature :