



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 : _____ Mutuelle : Oui Non
Adresse du lieu de vie : _____
Téléphone : _____ Personne de confiance : _____
Mesure de protection : Oui Non
Si oui : type de mesure : _____
Situation Familiale : En couple Entouré(e) Isolé(e) En institution
Situation au regard de l'Emploi :
 En Emploi Sans Emploi En étude/Formation Retraité(e)
 Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé
Dossier MDPH : Oui Non En cours
APA : Oui Non
Aides Humaines : IDE Aide Ménagère Autre :

DEMANDEUR

Nom Prénom : _____
Structure/Organisme : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____ Mail : _____

MEDECIN TRAITANT

Nom Prénom : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____ Mail : _____
Le médecin traitant est-il informé de la demande ?
 Oui Non La personne n'a pas de médecin traitant

REEDUCATEURS REFERENTS/PARAMEDICAUX

Nom Prénom : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____ Mail : _____



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Traitements en cours (joindre les dernières ordonnances) :

Autonomie dans les activités de la vie quotidienne :

| | | | |
|------------------------------|---|---|--|
| - Ventilation : | <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Dyspnéique | <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie |
| | <input type="checkbox"/> Trachéotomie | <input type="checkbox"/> Appareil d'aide respiratoire | |
| - 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 | | |
| - 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 |
| - 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/Expression : | <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Aide partielle | <input type="checkbox"/> Aide totale |

NATURE DE LA DEMANDE : (Préciser la demande)

- Avis d'intervention en rééducation Adaptation des aides techniques à la mobilité
 Conseils d'aménagement du domicile Amélioration du positionnement au fauteuil/lit
 Autres :

CONTEXTE/MOTIF DE LA DEMANDE : (Merci d'indiquer en quelques mots la ou les problématiques ayant motivé la demande d'intervention).

PROJET DE VIE DU PATIENT :

- Objectifs du patient :
- Objectifs de son entourage :
- Observations complémentaires (si besoin) :