Ce document est à compléter par un professionnel du secteur sanitaire (y compris libéral), social ou médico-social, après accord explicite de la personne concernée ou de son représentant légal.

**Bénéficiaire**

**Le bénéficiaire a-t-il donné son accord pour l’intervention :** [ ] **oui** [ ]  **non**

[ ] Mme [ ] Monsieur NOM *(usage)* / prénom :

NOM de naissance : Date de naissance :

Statut socio-professionnel : Statut marital :

Adresse :

Téléphone : Mail :

N° de sécurité sociale : Mutuelle :

Protection Juridique / Tuteur légal :

**Personne à contacter** *(Nom, Prénom, téléphone)* :

**Demandeur**

Nom du demandeur :

Fonction : Structure et service :

Adresse :

Téléphone : Mail :

**Motif de la demande**

Date de la demande :

Pour une intervention : [ ] Dès que possible [ ] Dans mois [ ] Autre :

Motif de la demande / attentes du bénéficiaire *(indiquer en quelques mots la ou les problématiques ayant motivé la demande d’intervention)* :

**Médecin traitant**

Nom prénom : Téléphone

Adresse :

Le médecin traitant est-il informé de la demande : [ ] oui [ ] non

**Renseignement médicaux**

Diagnostic :

Histoire de la maladie *(début des troubles, tableau clinique, difficultés actuelles)* :

Antécédents médicaux/chirurgicaux :

Parcours de soin *(structures fréquentés)*:

Traitement :

**Niveau d’autonomie et d’indépendance**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Déplacement | [ ]  Aide totale | [ ]  Aide Partielle | [ ]  Avec Supervision | [ ]  Autonome |
| Transfert | [ ] Aide totale | [ ]  Aide Partielle | [ ]  Avec Supervision | [ ]  Autonome |
| Prise de repas | [ ]  Aide totale | [ ]  Aide Partielle | [ ]  Avec Supervision | [ ]  Autonome |
| Cuisine | [ ]  Aide totale | [ ]  Aide Partielle | [ ]  Avec Supervision | [ ]  Autonome |
| Habillage | [ ]  Aide totale | [ ]  Aide Partielle | [ ]  Avec Supervision | [ ]  Autonome |
| Toilette | [ ]  Aide totale | [ ]  Aide Partielle | [ ]  Avec Supervision | [ ]  Autonome |
| Elimination urine | [ ]  Incontinent | [ ]  Continent | [ ]  Sonde urinaire | [ ]  Stomie |
| Elimination Fécale | [ ]  Incontinent | [ ]  Continent | [ ]  Stomie  |  |

Difficultés cognitives *(communication, compréhension, cohérence, orientation)* :

**Environnement matériel**

**Lieu de vie :** [ ] Domicile [ ] Hôpital [ ] Etablissement médico-social [ ] Autre :

Statut du bénéficiaire : [ ]  Propriétaire [ ] Locataire [ ] Autres :

Type d’habitation : ☐ Maison ☐ Appartement ☐ Autres :

*Rappel : l’EMER65 intervient de manière ponctuelle, elle ne délivre ni soins, ni rééducation et ne se substitue pas à la médecine de ville. Il s’agit d’un dispositif gratuit pour la personne.*

Difficultés d’accessibilité :

* Pour accéder au logement :
* Dans le logement :

Appareillage / Aides techniques :

**Environnement humain**

Enfants *(nombre et âge)* :

Personne vivant au domicile *(lien avec le bénéficiaire, rôle, disponibilité, état de santé)* :

Autres personnes présentes en cas de besoin *(rôle, disponibilité, état de santé)* :

**Professionnels intervenants auprès de la personne** *(Nom, coordonnées, fréquence d’intervention)*:

* Infirmier :
* Kinésithérapeute :
* Service d’aide à la personne :
* Revendeur de matériel :
* Autres :

*Équipe Mobile d’Expertise en Réadaptation EMER 65,*

*Centre de Rééducation Fonctionnelle, 15 rue Gambetta, 65200 BAGNERES DE BIGORRE*

*🕿 : 05.62.91.42.93 – 06.40.84.75.58* ***Mail :*** *emer@ch-bagneres.mssante.fr*