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*