

FICHE DE DEMANDE D'INTERVENTION

Equipe mobile de SSR (Zone 8)

Document à adresser à :

[secretariat.emssr@ch-
corbie.fr](mailto:secretariat.emssr@ch-corbie.fr)

Ou par courrier à :

**Centre Hospitalier de
Corbie**
33, Rue Gambetta
80800 CORBIE

Ou par fax au :

03.22.96.47.44

**Permanence
téléphonique :**

Du Lundi au Vendredi
De 9h00 à 12h00
et
de 14h à 16h30
au 03.22.96.10.10

Dr Valérie LECLERCQ
Médecin MPR

**Mme Pascale
STEFANIAK**
Cadre Coordinatrice

Mme Nathalie DARTY
Ergothérapeute

M. Tristan DUBUC
Ergothérapeute

Mme Blandine SARAZIN
Secrétaire

Mme Manon DEBART
Assistante Sociale

Date de la demande :/...../.....

BENEFICIAIRE :

Civilité :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Adresse :

Code postal :

Téléphone :

Adresse mail :

REPRESENTANT LEGAL (si existant) :

Civilité :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Téléphone :

Adresse mail :

SITUATION FAMILIALE :

Marié(e) Célibataire Pacsé(e) Concubinage

Veuf(ve) Divorcé(e)

Enfant(s) : OUI / NON

Combien :

Enfants à charge : OUI / NON

Age(s) :

Animaux domestiques :

DEMANDEUR : peuvent être : les services hospitaliers, les professionnels de santé libéraux (médecin traitant, kinésithérapeutes, infirmiers...), les structures médico-sociales, les réseaux de santé du territoire.

Nom : _____ **Prénom :** _____

Structure et fonction : _____

Coordonnées : _____

Médecin traitant : Informé de la demande : Oui / Non

Nom : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____ **Téléphone :** _____

Mail : _____

NATURE DE LA DEMANDE :

Avis médical : _____

Evaluation des besoins pour maintien à domicile : _____

Evaluation de lieux de vie : _____

Evaluation en aides techniques : _____

Intervention sociale : _____

Intervention en institution : _____

Formation / Information des aidants : _____

Autres : _____

Description précise de la demande :

Décision EMSSR : Dossier accepté Dossier refusé

Raison du refus :

NIVEAU D'AUTONOMIE ET D'INDEPENDANCE : faire une croix dans la case correspondante

	Aide totale 1	Aide partielle 2	Avec supervision 3	Seul(e) 4
Toilette haut				
Toilette bas				
Habillage haut				
Habillage bas				
Repas				
Déplacement				

Aide(s) technique(s) déjà utilisée(s) :

La personne bénéficie-t-elle d'un suivi extérieur d'une autre structure ? OUI / NON

Laquelle :

SITUATION AU REGARD DE L'EMPLOI :

En formation / études :

Profession:

En activité : OUI / NON

Invalidité :

RQTH :

Sans emploi :

Retraité(e) :

Autre :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Cette partie peut être renseignée par le bénéficiaire

PERSONNE DE CONFIANCE :

Civilité : Lien avec le bénéficiaire :

Nom d'usage : Prénom :

Adresse :

Code postal :

Téléphone domicile : Portable :

COUVERTURE SOCIALE :

Etes-vous rattaché(e) à un organisme de sécurité sociale : OUI / NON

Lequel :

MUTUELLE :

Avez-vous une mutuelle : OUI / NON

Laquelle :

RETRAITE :

Avez-vous une caisse de retraite ? OUI / NON

Laquelle :

PRESTATION(S) PERCUE(S) A CE JOUR :

APA

MDPH : -carte de stationnement -AAH
-carte mobilité -PCH
-RQTH -orientation professionnelle
-orientation scolaire