

FICHE DE DEMANDE D'INTERVENTION

Equipe mobile de SSR (Zone 8)

Document à adresser à :

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

Mme Blandine TERNOIS
Secrétariat – A.M.A

**Dr Valérie LECLERCQ -
DONTGEZ**
Médecin MPR

**Mme Pascale
STEFANIAK**
Cadre Coordinatrice

**Mme Nathalie DARTY
Mme Marine PAUCHET**
Ergothérapeutes

Mme Amélie DUBOILLE
Assistante Sociale

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

BENEFICIAIRE :

Civilité :

Nom :

Prénom :

Nom de naissance:

Date de naissance :

Age :

Adresse :

Code postal :

Téléphone :

Adresse mail :

Personne à contacter :

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) :

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 : _____

Le bénéficiaire est informé de la demande OUI / NON

Médecin traitant : Informé de la demande : Oui / Non

Nom : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____ **Téléphone :** _____

Mail : _____

NATURE DE LA DEMANDE :

Avis médical : _____

Evaluation d'un ergothérapeute : des besoins pour maintien à domicile
 pour aménagement du lieu de vie
 en aides techniques / matériel

Intervention sociale : Mise en place d'un service d'aide à domicile
 Constitution d'un dossier MDPH
 Sollicitations d'aides financières

Intervention en institution : _____

Formation / Information des aidants : _____

Autres : _____

Description précise de la demande :

INTERVENANTS AUPRES DE LA PERSONNE :

- Infirmier.....
- Kinésithérapeute.....
- Service d'aide à la personne.....
Structure
- Autre(s).....

PROTECTION JURIDIQUE : OUI / NON / EN COURS

DATE D'APPARITION DES TROUBLES :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL :

- AVC
- Traumatisme crânien
- Sclérose en plaques
- Pathologie tumorale
- Anoxie cérébrale
- Paralysie cérébrale
- Autre pathologie neurologique
- Autres :

SITUATION AU REGARD DE L'EMPLOI :

- En formation / études :
- Invalidité :
- Sans emploi :
- Retraité(e) :
- Autre :

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

- APA
- MDPH :

Décision EMSSR : Dossier accepté Dossier refusé

Raison du refus :

A toute demande, merci de joindre les courriers résumant la situation actuelle du bénéficiaire (compte-rendu d'hospitalisation, courriers médicaux, note sociale)