

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EM3R74

A adresser :

- Par mail : em3r74@synaps-cl74.fr
- Par fax : 04.50.33.02.11

Date de la demande :

LE PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Adresse :

N° de téléphone :

N° de sécurité sociale :

NOM DU MEDECIN TRAITANT (et coordonnées si connues) :

PERSONNE RESSOURCE (Nom/coordonnées/lien) :

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE :

NON

OUI – Exercée par :

LE PRESCRIPTEUR

Demande effectuée par :

- MEDECIN TRAITANT
- SERVICE HOSPITALIER (préciser) :
- ETABLISSEMENT (préciser) :
- PROFESSIONNEL LIBERAL (préciser) :
- SERVICE MEDICO-SOCIAL/SOCIAL (préciser) :

Motif de la demande :

Coordonnées du prescripteur :
(mail+téléphone)

Historique de la maladie et tableau clinique

Date de début des troubles :

Trouble(s) associé(s)

SITUATION SOCIALE DU PATIENT

Vit seul : (entourage présent/ personne isolée)

Vit en institution

Vit en famille (préciser) :

Autre :

Le patient a-t-il des passages à domicile ? (préciser) :

Le patient a-t-il été informé de son orientation vers l'EM3R74 ?

OUI

NON

Si oui, a-t-il donné son accord pour une demande de prise en charge par l'EM3R74

OUI

NON

Autres informations utiles :