

DEMANDE D'INTERVENTION

DE L'EQUIPE MOBILE D'EXPERTISE EN READAPTATION



EMER—MPR Neurologique
Hôpital Saint Jacques—CHU Nantes

Tél: 02-53-52-63-19

Demande à adresser par mail à :

bp-emer@chu-nantes.fr ou bp-emer@chu-nantes.mssante.fr

DATE DE LA DEMANDE		NOM DE LA STRUCTURE	
PROFESSIONNEL DEMANDEUR/RÉFÉRENT			
NOM		PRÉNOM	
FONCTION		SERVICE	
MAIL		TÉL	

IDENTITÉ DU PATIENT	Patient connu de l'EMER ☐	Accord du patient et/ou représentant légal ☐	
NOM		PRÉNOM	
Date de naissance		Adresse	
Pathologie		Téléphone	
Situation actuelle	(hospitalisé/en établissement médico-social/ au domicile)	Personne de confiance/lien	
Autres intervenants/suivis		Médecin traitant adresse-tel	
Description de la situation et de la problématique rencontrée par l'équipe:			

MOTIFS D'INTERVENTION	Précisez:
☐ AVIS	
☐ ORIENTATION	
☐ SOUTIEN	
☐ FORMATION	