

Date : / /

ADRESSEUR

EMMPR

Tél : 03 25 56 83 76

Fax : 03 25 56 83 01

emmpr@chhm.fr

Nom/Prénom :

Structure :

@ :

Fonction :

Service :

Téléphone :

Dr A. LUYSSAERT
Médecin

PATIENT

Accord pour contact partenaires : oui non

N° RPPS 10100740892

Nom d'usage :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

V. MORLET-MAGES
Coordonnatrice

F. BERTRAND
Assistante Sociale

J. POULAIN
Ergothérapeute

> Personne ressource et/ou de confiance :

Coordonnées :

C. STEINER
A.M.A

> Personne à contacter pour donner suite à la demande :

Patient Personne ressource

> Médecin traitant :

DEMANDE

> Pathologies et problématiques associées :

DEMANDE

D'INTERVENTION

*A compléter après accord
explicite du bénéficiaire ou
de son représentant légal.*

*Merci d'envoyer cette
demande par mail :*

*emmpr@chhm.fr ou
par fax : 03 25 56 83 01*

> Interventions souhaitées de :

- Médecin MPR
- Ergothérapeute
- Assistante Sociale

Motif :

- Expertise Médecin MPR pour orientation prise en charge
- Elaboration d'un projet d'auto-rééducation
- Adaptation matérielle (aménagement, aide technique)
- Mise en place aides humaines
- Conseil/information
- Aide aux aidants
- Aide aux démarches pour la mise en oeuvre du maintien à domicile ou de l'orientation en structure

Tampon et signature du demandeur

Cadre réservé à l'EMMPR :

Validation : oui non

Orientation :

Date :