

### ADRESSEUR

**EMMPR**  
**Tél : 03 25 56 83 76**  
**Fax : 03 25 56 83 01**  
**emmpr@chhm.fr**

Nom/Prénom :  
Structure :  
@ :

Fonction :  
Service :  
Téléphone :

### PATIENT

Dr A. LUYSSAERT  
Médecin

N° RPPS 10100740892

V. MORLET-MAGES  
Coordonnatrice

F. BERTRAND  
Assistante Sociale

R. MULARCZUK-MATHIEU  
Ergothérapeute

C. STEINER  
A.M.A

Accord pour contact partenaires : ☐ oui ☐ non

Nom d'usage :  
Nom de naissance :  
Date de naissance :  
Adresse :  
Téléphone :

Prénom :

> Personne ressource et/ou de confiance :  
Coordonnées :

> 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*

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 œuvre du maintien à domicile ou de l'orientation en structure

Date :        /        /

Tampon et signature du demandeur

Cadre réservé à l'EMMPR :  
  
Validation : ☐ oui ☐ non  
  
Orientation :  
  
Date :