



Centre Hospitalier
de Montauban

Pôle SSR et gériatrie

Responsable Médical du pôle

Dr Aurélie ROUSTAN

Cadre Supérieur de Santé

Mme Isabelle LAPORTE

Directeur adjoint

Mr Laurent GEORGE

Soins de Suite et de Réadaptation

Praticiens Hospitaliers

Dr Emilie BRALEY-BERTHOUMIEUX

Dr Kristel SUDRES-SCHEIRLINCKX

Dr Clément SOURISSEAU

Médecin référent :

Dr Emilie BRALEY-BERTHOUMIEUX

Cadre de santé

Mme Perrine DESTRUHAUT

05.63.92.81.67

Ergothérapeute coordinatrice :

Mme Julie LACOMBE

Assistante socio-éducative

Mme Pascale BALLARD

Secrétariat

05.63.92.89.15

Télécopie

05.63.92.82.89

Mail

emer82@ght82.fr

Formulaire de demande d'intervention

Demandeur :

Référent :

Adresse :

Coordonnées (téléphone / mail) :

Données patients :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

N° sécurité sociale :

Coordonnées (téléphone / mail) :

Pathologie(s) en rapport avec la demande :

Motif de la demande :

- Évaluation des besoins en matériels : retour à domicile / aide au maintien à domicile
- Avis spécialisés MPR : Avis neuro-orthopédique, neuro-urologique, orientation filière de soins rééducative, ...
- Évaluation positionnement et mobilité en fauteuil roulant
- Évaluation en vue de mise en place dispositif médicaux soumis à prescription MPR (orthèses, chaussures orthopédiques, ...)
- Autres :

Détails de la demande :

Autonomie dans les Activités de Vie Quotidienne :

Mobilité	Autonome <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>
	Canne/ Déambulateur <input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant <input type="checkbox"/>	
Transfert	Autonome <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>
Escaliers	Autonome <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>
Toilette	Autonome <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>
Habillage	Autonome <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>
Utilisation des WC	Autonome <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>
Prise des repas	Autonome <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>
Élimination urine	Continent <input type="checkbox"/>	Incontinent <input type="checkbox"/>	Sonde urinaire <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/>
Élimination fécale	Continent <input type="checkbox"/>	Incontinent <input type="checkbox"/>	Stomie <input type="checkbox"/>
Compréhension	Autonome <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>
Expression	Autonome <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>

Caractère urgent :

OUI NON

Si oui, pourquoi :

L'équipe mobile n'a pas vocation à se substituer au circuit de consultation habituel. Elle doit être en priorité réservée aux patients :

- *Dont l'évaluation à domicile est nécessaire en vue de leur maintien d'autonomie,*
- *Dont le transport en consultation est rendu difficile par la pathologie/le degré d'autonomie/ou le lieu de vie.*

Ne sont pas éligible à cette évaluation :

- *Patient hors GHT,*
- *Demande non ciblée sur une problématique précise,*
- *Demande ne relevant pas des missions de l'EMPR,*
- *Age < 16 ans,*
- *Refus du patient ou de son représentant légal.*

Accord d'intervention :

OUI NON

Date d'intervention :

Si refus, motif du refus :