



Centre Hospitalier
de Montauban

Pôle Soins Médicaux et de Réadaptation - Gériatrie

Médecin-chef de Pôle
Dr Emilie BRALEY_BERTHOUMIEUX
Cadre Supérieur de Santé
Mme Marie-Pierre VALLÉE
Directrice du Pôle
Mme Christiane PABAN

Equipe Mobile d'Expertise en Réadaptation (EMER)

Praticien hospitalier
Dr Emilie BRALEY-BERTHOUMIEUX

Ergothérapeutes coordinatrices
Mme Emma BE
Mme Julie LACOMBE

Assistante sociale
Mme Pascale BALLARD

Cadre de santé
Mme Emmanuelle LEHELLE
05.63.92.81.66

Secrétariat
Tél : 05.63.92.89.15
Port : 06.26.08.96.16
Fax : 05.63.92.82.89
emer82@ght82.fr

Formulaire de demande d'intervention EMER

Nous vous remercions de bien vouloir remplir cette fiche de demande d'intervention de l'Equipe Mobile d'Expertise en Réadaptation (EMER). Il est important que tous les champs demandés soient bien renseignés pour bien évaluer la demande et vous apporter la réponse la plus adaptée. Tout dossier incomplet ne sera pas étudié

Date de la demande :

Demandeur

Référent :

Adresse :

Mail :Téléphone :

Données patient

Nom de naissance :

Nom d'usage : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Mail :Téléphone :

N° de sécurité sociale :

Mesure de protection : ☐ tutelle ☐ curatelle ☐ aucune

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 spécialisé MPR : avis neuro-orthopédique, neuro-urologique, orientation filière de soins rééducative
- ☐ Evaluation positionnement et mobilité en fauteuil roulant
- ☐ Evaluation en vue de mise en place de dispositifs médicaux soumis à prescriptions MPR (orthèses, chaussures orthopédiques.)
- ☐ Autre :

.....

.....

Détail de la demande

Autonomie dans les Activités de Vie Quotidienne

Mobilité	Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale ☐ Canne/ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant ☐
Aides humaines	☐ IDE ☐ AS ☐ Aide ménagères ☐ Portage de repas ☐ Kiné Nombre d'heures : Financement : ☐ APA ☐ MDPH ☐ Autre
Transfert	Aide mécanique au transfert ☐ Oui ☐ Non Si oui lequel : ☐ Guidon ☐ Verticalisateur électrique ☐ Lève personne ☐ Autre
Escaliers	Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale ☐
Toilette	Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale ☐
Habillage	Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale ☐
Utilisation des WC	Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale ☐
Prise des repas	Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale ☐
Elimination urine	Continent ☐ Incontinent ☐ Sonde urinaire ☐ Stomie ☐
Elimination fécale	Continent ☐ Incontinent ☐ Stomie ☐
Compréhension	Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale ☐
Expression	Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale ☐

Caractère urgent : ☐ non ☐ oui , 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.***