Demande d'intervention de l'Equipe Mobile T3R

|  |
| --- |
| A faire compléter par un professionnel et à adresser après accord explicite de la personne et/ou de la personne de confiance, ou le cas échéant, de son représentant légal à :□ **EMT3R38Nord** (CH TULLINS) : EMT3R38Nord@ch-tullins.fr ou□ **EMT3R38Sud** (Clinique du Grésivaudan) : EMT3R38Sud@fsef.net  |

A réception de la demande, un membre de l'équipe mobile T3R prendra contact directement avec la personne concernée.

Date de la demande :

**Identité du demandeur**

|  |
| --- |
| Nom :Fonction : Structure :Adresse : Ville: Téléphone :Mail : |

**Identité du patient**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom:Sexe : [ ]  F [ ]  MAdresse :Téléphone : | Prénom :Date de naissance : .. / .. / ….Ville :Mail : |
| *Médecin traitant référent :* Docteur : Adresse : Ville : Tel :*Personne de confiance/ Tuteur/ Curateur :**Situation familiale :* [ ]  Célibataire [ ]  Marié [ ]  Veuf [ ]  Séparé [ ]  Divorcé [ ]  Pacs Nombre d'enfant : Age : *Situation professionnelle :* [ ]  En activité Précisez : [ ]  Etudiant/en formation Précisez :[ ]  Retraité[ ]  Sans emploi *Situation actuelle :* [ ]  Hospitalisé Structure : Date de sortie le : .. / .. / ….[ ]  En établissement médico-social Structure : [ ]  A domicile Intervenants : (*noms prénoms, coordonnées*)*Pathologie :* |

**Motif de la demande**

|  |
| --- |
| [ ]  Informations, conseils, et/ou orientation[ ]  Evaluation fonctionnelle physique et/ou cognitive [ ]  Evaluation et préconisation des besoins d'aménagement du lieu de vie[ ]  Evaluation et préconisation des besoins en aide technique[ ]  Evaluation et préconisation des besoins en aide humaine[ ]  Amélioration de la participation sociale[ ]  Aide aux démarches administratives (ouverture des droits, révision de dossiers…)[ ]  Aide à la coordination des soins[ ]  Aide aux aidants[ ]  Sensibilisation et conseils aux soignants et entourage[ ]  Autre Précisez :Accord du patient : [ ]  Oui [ ]  Non*Commentaires et précisions :* |

|  |
| --- |
| **Caractère URGENT de l'intervention**[ ]  Oui [ ]  Non Délai souhaité pour l'intervention : |