

# 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](mailto:EMT3R38Nord@ch-tullins.fr)

ou

**EMT3R38Sud** (Clinique du Grésivaudan) : [EMT3R38Sud@fsef.net](mailto: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 : KOT Marie-Françoise

Fonction : Assistante sociale

Structure : MDA/SAI

Adresse : 15 avenue doyen Weil

Ville: 38000

GRENOBLE

Téléphone : 0438124878

Mail : marie-francoise.kot@isere.fr

## Identité du patient

Nom :

Prénom :

Sexe :  F  M

Date de naissance : .. / .. / ....

Adresse :

Ville :

Téléphone :

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 :

**Cadre réservé à l'EM T3R**