***Ce document est à compléter avec l’accord du patient avec les informations en votre possession.***

***A transmettre par email à l’adresse suivante :*** [***empr13@ugecam.assurance-maladie.fr***](mailto:empr13@ugecam.assurance-maladie.fr) ***(avec la pièce d’identité du patient si vous le pouvez)***

|  |  |
| --- | --- |
| ***COORDONNEES DU PATIENT*** | |
| Nom d’usage :  Nom de naissance :  Prénom :  Date de naissance :  Femme Homme  Adresse :    Téléphone :  Email : | Personne à contacter :  Le patient  Le proche-aidant  Le professionnel  Nom-Prénom (*si différent du bénéficiaire ou du demandeur*):  Téléphone :  Email : |

|  |  |
| --- | --- |
| ***DEMANDEUR*** | |
| Date de la demande :  Nom :  Prénom :  Téléphone :  Email : | Structure :    Fonction : |

|  |
| --- |
|  |
| ***MOTIF.S DE LA DEMANDE*** |
| Evaluation dans le cadre d’une hospitalisation Evaluation dans le lieu de vie  Orientation vers un établissement Coordination du parcours de santé  Aide au maintien à domicile Aide au retour à domicile  Aménagement du domicile Acquisition d’aides techniques  Soutien aux proches aidants Autre.s  Description de la demande :    Le patient a donné son accord pour une intervention de l’EMPR 13 : Oui Non |

|  |
| --- |
| ***PATHOLOGIES ET ETAT DE SANTE ACTUEL***  ***(Possibilité de joindre les courriers de consultations et comptes rendus d’hospitalisation)*** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***LIEU DE RESIDENCE ACTUEL DU PATIENT*** | | |
| Domicile | Hospitalisation  Date de sortie prévue : | Etablissement  médico-social |
| Vit seul :  Oui Non  Si non, composition du foyer | Nom de la structure :  Personne à contacter:  Professionnels présents :  Ergothérapeute Psychologue Assistante Sociale Médecin | |

|  |  |
| --- | --- |
| ***INTERVENANT.S PROFESSIONNEL.S AUPRES DE LA PERSONNE*** | |
| Medecin traitant \_ Nom – Prénom :  Coordonnées/Telephone : | |
| Medecins spécialistes : | |
| Infirmier : | Orthophoniste : |
| Kinésithérapeute : | Service d’aide à la personne : |
| Autre : | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***AUTONOMIE DANS LES ACTIVITES QUOTIDIENNES***  ***(plusieurs cases peuvent être cochées par item)*** | | | | |
| *Déplacements* | Autonomie  Autonomie modifiée | Aide partielle | Avec  supervision | Aide totale |
| Sans aide Technique | Avec aides techniques  Canne (simple, anglaise, tripode)  Déambulateur/rollator  Fauteuil Roulant Manuel  Fauteuil Roulant Electrique | | |
| *Transferts* | Autonomie  Autonomie modifiée | Aide partielle | Avec  Supervision | Aide totale |
| Sans aide  Technique | Avec Aide Technique  Lève-personne  Guidon de transfert  Autre.s : | | |
| *Toilette* | Autonomie  Autonomie  modifiée | Aide partielle | Avec  Supervision | Aide totale |
| *Habillage* | Autonomie  Autonomie modifiée | Aide partielle | Avec  Supervision | Aide totale |
| *Elimination (aller aux toilettes)* | Autonomie  Autonomie modifiée | Aide partielle | Avec  Supervision | Aide totale |
| *Prise des Repas* | Autonomie  Autonomie modifiée | Aide partielle | Avec  Supervision | Aide totale |
| *Sorties extérieures* | Oui  Non | | | |
| *Autre.s remarque.s sur les difficultés rencontrées* : | | | | |

|  |
| --- |
| *COUVERTURE SOCIALE* |
| N° de sécurité sociale :  Mutuelle :  Complémentaire santé solidaire (ex CMU-C et ACS)  AME |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *SITUATION SOCIALE* | | | |
| En activité :  Profession: | Etudiant/En formation : | Retraité : | Sans emploi :  En invalidité |
| Reconnaissance du handicap par la MDPH OUI NON | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *PROTECTION JURIDIQUE* | | | | |
| OUI | Tutelle | Curatelle | Sauvegarde de justice | Habilitation Familiale |
| NON | Demande en cours | | | |
| Nom et prénom du mandataire : | | | | |
| Organisme : | | | | |
| Téléphone : | | | | |

**Equipe Mobile Pour la Réadaptation (EMPR13)**

42 Boulevard de la Gaye - BP 83

13009 Marseille

[empr13@ugecam.assurance-maladie.fr](mailto:empr13@ugecam.assurance-maladie.fr)

**04 88 22 86 10**