***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*** ***(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 professionnelNom-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.sDescription 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 | [ ] HospitalisationDate 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 | [ ] Avecsupervision | [ ] 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 | [ ] AvecSupervision | [ ] Aide totale |
| [ ] Sans aideTechnique | [ ] Avec Aide Technique[ ] Lève-personne [ ] Guidon de transfert[ ] Autre.s :  |
| *Toilette* | [ ] Autonomie[ ] Autonomiemodifiée | [ ] Aide partielle | [ ] AvecSupervision | [ ] Aide totale |
| *Habillage* | [ ] Autonomie[ ] Autonomie modifiée | [ ] Aide partielle | [ ] AvecSupervision | [ ] Aide totale |
| *Elimination (aller aux toilettes)* | [ ] Autonomie[ ] Autonomie modifiée | [ ] Aide partielle | [ ] AvecSupervision | [ ] Aide totale |
| *Prise des Repas* | [ ] Autonomie[ ] Autonomie modifiée | [ ] Aide partielle | [ ] AvecSupervision | [ ] 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

**04 88 22 86 10**