



Date de la demande:

1. Coordonnées:

IDENTITE DU BENEFICIAIRE	IDENTITE DU DEMANDEUR
Nom:	Demandeur:
Nom de naissance:	Nom et prénom:
Prénom:	
Date de naissance:	Profession/relation par rapport au bénéficiaire:
Sexe: <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme	
Adresse:	Etablissement et service:
N° de téléphone:	N° de téléphone:
Mail:	Mail:
N° de sécurité sociale:	Nom et coordonnées du médecin traitant:
Caisse maladie:	
Mutuelle:	
<input type="checkbox"/> Je certifie que la demande est effectuée après l'accord du bénéficiaire lui-même ou de son représentant légal.	

2. Demande d'intervention de L'EMER:

Objet de la demande d'intervention:
<input type="checkbox"/> Accompagnement d'un retour ou maintien à domicile complexe
<input type="checkbox"/> Préconisation d'aide technique: installation, déplacement, communication...
<input type="checkbox"/> Formation des aidants
<input type="checkbox"/> Autres (noter le motif):

3. Renseignements médicaux:

Pathologie motivant la demande:
Traitement médicamenteux en cours:

4. Cadre de vie:

Situation familiale: <input type="checkbox"/> Vie familiale <input type="checkbox"/> Rupture <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Autre (préciser)	Personne à contacter:
Présence d'un aidant familial: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Numéro de téléphone:
Statut: <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> En arrêt de travail <input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> En invalidité <input type="checkbox"/> Autre	Mail:
Mesure de protection juridique (curatelle, tutelle...): <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> En cours	Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coordonnées du référent:	
Dispositifs médico-sociaux existants:	
<input type="checkbox"/> IDE/SSIAD	<input type="checkbox"/> Portage des repas
<input type="checkbox"/> Aide(s) à domicile	<input type="checkbox"/> Télé alarme
<input type="checkbox"/> Prestataire de vente de matériel médical	<input type="checkbox"/> Professionnel de santé intervenant au domicile (kiné...)

5. Objectif(s) exprimé(s):

--

Merci de transmettre ce document et l'ensemble des pièces à l'adresse suivante: resppread.normandy@lna-sante.com