**DEMANDE D’INTERVENTION**

*Dans un souci de collaboration interdisciplinaire, nous vous demandons de bien vouloir renseigner ces données, de la façon la plus exhaustive et précise possible.* ***Merci de bien vouloir joindre tous les documents médicaux en votre possession (CRH, ordonnances…)***

|  |
| --- |
| [ ]  **Consentement de la personne concernée par l’intervention de l’Equipe Mobile.**[ ]  **Consentement du responsable légal*, le cas échéant.***[ ]  **Consentement de la personne concernée ou de son responsable légal, sur l’échange d’informations la concernant.** |

|  |
| --- |
| **Personne concernée par l’intervention** |
| Nom : | Prénom : |
| Date de naissance : Adresse :  | Age :Situation professionnelle : |
| Téléphone : Email :  |
| **Médecin traitant référent** |
| Nom :  | Adresse :  |
| Tél : | Mail :  |

|  |
| --- |
| **Demandeur** |
| Date de la demande :  | Adresse : |
| Demandeur : |
| Structure : |
| Téléphone :Créneaux préférentiels pour être rappelé : | E mail : |

|  |
| --- |
| **Diagnostic et séquelles** |
| **Neurologique** :[ ] AVC [ ] Affections neuromusculaires, myopathies [ ] IMC et polyhandicap lourd [ ] Lésions médullaires [ ] Neuropathies périphériques et polyradiculonévrites [ ] Parkinson et syndromes apparentés [ ] SEP [ ] SLA [ ] Traumatismes crâniens [ ] Tumeurs cérébrales | **Orthopédie / Traumatologie / Polytraumatismes** : [ ] Chirurgie et fractures du rachis [ ] Chirurgie et lésion membre inférieur (dont amputation)[ ] Chirurgie et lésions du membre supérieur (dont amputation) [ ] Fractures et lésions du bassin [ ] Polytraumatismes |

|  |
| --- |
| **Environnement socio-familial :** |
| Personne vivant [ ] seule [ ] en couple | [ ] en famille [ ]  Entourage non cohabitant (voisins, amis...) |
| Personne de confiance, représentant légal (nom, coordonnées, lien) :[ ] Curatelle [ ] Tutelle Coordonnées curateur / tuteur : |
| **Intervenants à domicile (nom, prénom, coordonnées)** |
| [ ] Infirmier : [ ] Kinésithérapeute :  | [ ] Service d’aide à la personne : [ ] Autre : |
| [ ] Orthophoniste : |  |
| **Autres services impliqués (nom du contact, coordonnées)** |
| [ ] Accueil de jour : [ ] Association bénévole : | [ ] Résidence autonomie :[ ] Equipe APA : |
| [ ] Etablissement hospitalier : [ ] Centre / Service de Rééducation :[ ] HAD :[ ] HDJ :[ ] CMP :[ ] Consultation mémoire :  | [ ] MDPH :[ ] Gestion de cas, MAIA :[ ] CLIC : [ ] Réseau de santé :[ ] ESA :[ ] Autre : |

|  |
| --- |
| **Alertes repérées** |
| **SANTE** | **ASPECTS FAMILIAUX OU SOCIAUX** |
| [ ] Troubles cognitifs (mémoire, orientation, confusion,…) | [ ] Isolement, ruptures du lien social |
| [ ] Modification récente du comportement (repli, tristesse, déambulation, agressivité…) | [ ] Entourage éloigné, en difficulté ou épuisé |
| [ ] Troubles moteurs (perte de force, difficultés de la marche,…) | [ ] Décès de l’aidant (enfant, conjoint…) |
| [ ] Hospitalisation récente ou à répétition dans l’année | [ ] Difficultés et/ou refus de mettre en place ou maintenir des aides médico-sociales au domicile |
| [ ] Chute récente ou à répétition dans l’année | [ ] Vulnérabilité |
| [ ] Perte d’appétit, de poids de façon récente | [ ] Arrêt des loisirs |
| [ ] Difficultés de réalisation de soins ou refus |  |
| **ENVIRONNEMENT ET SECURITE INDIVIDUELLE** | **ASPECTS ECONOMIQUES OU ADMINISTRATIFS** |
| [ ] Problème de logement inadapté | [ ] Difficultés dans la gestion administrative et financières |
| [ ] Risque persistant d’accidents domestiques (incendie, inondation…) | [ ] Droits non ouverts |
| [ ] Incapacité à donner l’alerte | [ ] Risque d’abus financiers |
| **DIFFICULTES FONCTIONNELLES** |
| [ ] Déplacements (intérieurs, extérieurs) | [ ] Courses  |
| [ ] Toilette | [ ] Préparation des repas |
| [ ] Habillage | [ ]  Autre : |

|  |
| --- |
|  **Nature de la demande d’intervention auprès de l’EMHIF**  |
| [ ]  Information, conseils ou orientation[ ]  Evaluation/aménagement domicile[ ]  Evaluation fonctionnelle[ ]  Evaluation aide humaine | [ ]  Aide administrative[ ]  Formation aide aux aidants[ ]  Autre :  |
| **Motif de la demande, problématique au domicile, difficultés rencontrées** |
|  |