**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** | |
|  | |