**BÉNÉFICIAIRE INFORMÉ ET D’ACCORD** : oui ☐ non ☐

Date de la demande : / / Date de Réception de la demande (réservé à l’EMER) : / /

|  |
| --- |
| **IDENTITÉ DU BÉNÉFICIAIRE :**NOM : NOM DE NAISSANCE :PRENOM : Sexe F ☐ M ☐Date de Naissance : Tél fixe : Portable :Adresse : Email : |
| **MESURE DE PROTECTION** : OUI ☐ NON ☐ Si oui, type de mesure : Nom et prénom du mandataire : Organisme :Téléphone : Mail : |
| **IDENTITE DU DEMANDEUR :**Nom :Prénom : Profession/structure Adresse :Tél fixe : Tél portable :Email : | **MÉDECIN TRAITANT ET SPÉCIALISTES MPR :****Nom du Médecin Traitant** :Adresse :Tél : Mail :**Suivi MPR :**Centre : Médecin :Est-il informé : ☐ Oui ☐ Non |
| **PERSONNE DE CONFIANCE ET/OU A PREVENIR** :Nom : Lien avec l’usager :Prénom : Téléphone :

|  |  |
| --- | --- |
| **CADRE DE VIE DU BENEFICIAIRE :**Situation familiale :Vit seul ☐ Entourage ☐ …………….  | **PATHOLOGIE ENTRAINANT LES LIMITATIONS D’ACTIVITÉS :**  |

 |
|  |
| **SITUATION DU BENEFICIAIRE AU MOMENT DE LA DEMANDE :*** Hospitalisé : lieu ………………………………………………. Date de sortie prévue :
* Au domicile : Avec intervenants extérieurs précisez ……………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Intervenants au domicile (IDE, SAD, SSIAD, Auxiliaires de rééducation…)* | *Coordonnées* | *Type d’Intervention* |

 |
| * En établissement médico-social : précisez ………………
* Autres : ………………………………………………………………………….

MOTIF DE LA DEMANDE :* Evaluation du domicile/amélioration de l’accessibilité ☐ Evaluation aides techniques (Fauteuil roulant…)
* Evaluation des besoins en aides humaines ☐ Information, conseils ou orientation
* Amélioration de la participation sociale ☐ Aide aux démarches administratives
* Autre, précisez :
 |