**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 : | |