



Equipe Mobile Territoriale Rééducation Réadaptation Réinsertion de la Loire  
CHU de St Etienne, hôpital Bellevue, pavillon 15 niveau zéro, 42055 Saint-Etienne cedex 2  
Téléphone : 04.77.12.03.32  
Fax : 04.77.12.76.61  
Mail : [emt3r.loire@chu-st-etienne.fr](mailto:emt3r.loire@chu-st-etienne.fr)

## FICHE DE DEMANDE D'INTERVENTION EMT3R LOIRE

Version du 05/01/2023 (recto/verso)

Date de la demande :

**⚠ Avant de nous transmettre cette demande, le patient ou son ayant-droit doit avoir donné son accord.**  
Le patient a donné son accord :  oui  non.

Le duplicata de cette fiche sera inséré dans le dossier informatisé du patient si possible.

### LE PATIENT

NOM :

Prénom :

Sexe :  F  M

Date de naissance :

IPP (CHUSE) :

Situation familiale :

Adresse :

Téléphone(s) :

Email patient :

### Situation actuelle du patient

Hospitalisé - lieu :

Etablissement médico-social (type hébergement : MAS, FAM, EHPAD, F R, Accueil de jour) : **nom complet + adresse** :

Au domicile :

Y a-t-il un suivi sanitaire ou médico-social (SSIAD, HAD, SAMSAH) ?

**Le patient est-il connu et actuellement suivi par une équipe spécialisée en milieu hospitalier ?**

**Laquelle (lesquelles) ?**

**Personne de confiance :**

NOM, Prénom (+ lien avec le patient) :

Téléphone :

(Adresse facultative) :



Equipe Mobile Territoriale Rééducation Réadaptation Réinsertion de la Loire  
CHU de St Etienne, hôpital Bellevue, pavillon 15 niveau zéro, 42055 Saint-Etienne cedex 2  
Téléphone : 04.77.12.03.32  
Fax : 04.77.12.76.61  
Mail : [emt3r.loire@chu-st-etienne.fr](mailto:emt3r.loire@chu-st-etienne.fr)

## **LE DEMANDEUR**

**Professionnel demandeur** (nom/prénom/fonction/établissement) :

**Téléphone :**

**Fax :**

**Mail du demandeur :**

**Médecin traitant** (nom, prénom, ville) :

---

## **Histoire actuelle de la maladie :**

Résumé :

---

## **Objectifs de la demande (bien expliciter chaque item ci-dessous)**

- Avis médical spécialisé MPR :
- Avis ergothérapie :
- Avis social :
- Autre (conseils...) :