



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

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

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...) :