Demande d'intervention de l'Equipe Mobile T3R

|  |
| --- |
| A faire compléter par un professionnel et à adresser après accord explicite de la personne et/ou de la personne de confiance, ou le cas échéant, de son représentant légal à :  □ **EMT3R38Nord** (CH TULLINS) : [EMT3R38Nord@ch-tullins.fr](mailto:EMT3R38Nord@ch-tullins.fr)  ou  □ **EMT3R38Sud** (Clinique du Grésivaudan) : [EMT3R38Sud@fsef.net](mailto:EMT3R38Sud@fsef.net) |

A réception de la demande, un membre de l'équipe mobile T3R prendra contact directement avec la personne concernée.

Date de la demande :

**Identité du demandeur**

|  |
| --- |
| Nom :  Fonction : Structure :  Adresse : Ville:  Téléphone :  Mail : |

**Identité du patient**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom:  Sexe :  F  M  Adresse :  Téléphone : | Prénom :  Date de naissance : .. / .. / ….  Ville :  Mail : |
| *Médecin traitant référent :* Docteur :  Adresse : Ville : Tel :  *Personne de confiance/ Tuteur/ Curateur :*  *Situation familiale :*  Célibataire  Marié  Veuf  Séparé  Divorcé  Pacs  Nombre d'enfant : Age :  *Situation professionnelle :*  En activité Précisez :  Etudiant/en formation Précisez :  Retraité  Sans emploi  *Situation actuelle :*  Hospitalisé Structure :  Date de sortie le : .. / .. / ….  En établissement médico-social Structure :  A domicile Intervenants : (*noms prénoms, coordonnées*)  *Pathologie :* | |

**Motif de la demande**

|  |
| --- |
| Informations, conseils, et/ou orientation  Evaluation fonctionnelle physique et/ou cognitive  Evaluation et préconisation des besoins d'aménagement du lieu de vie  Evaluation et préconisation des besoins en aide technique  Evaluation et préconisation des besoins en aide humaine  Amélioration de la participation sociale  Aide aux démarches administratives (ouverture des droits, révision de dossiers…)  Aide à la coordination des soins  Aide aux aidants  Sensibilisation et conseils aux soignants et entourage  Autre Précisez :  Accord du patient :  Oui  Non  *Commentaires et précisions :* |

|  |
| --- |
| **Caractère URGENT de l'intervention**  Oui  Non Délai souhaité pour l'intervention : |