



**Date de la demande :** format JJ/MM/AAAA. **Accord du patient** :  OUI NON

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTITE DE LA PERSONNE CONCERNEE** | | | | |
| Nom :  Prénom : Sexe : F M Date de naissance : format JJ/MM/AAAA.  Situation actuelle : Hospitalisé, date de sortie : format JJ/MM/AAAA. Au domicile En établissement médico-social  Adresse : Téléphone :  Situation familiale : Seul(e) En couple En famille Autre: Profession :  Personne ressource :  Téléphone : Lien de parenté : | | | | |
| **PROFESSIONNEL A L’ORIGINE DE LA DEMANDE** | | | | |
| Nom :  Fonction : Téléphone/ Email:  Service/Structure et adresse : | | | | |
| **MEDECIN TRAITANT** | | | | |
| Nom : Téléphone/Email:  Adresse : | | | | |
| **PATHOLOGIE(S) Merci de bien vouloir joindre tous les documents médicaux en votre possession : CRH, courrier récent** | | | | |
| **Pathologie(s)** : Date de diagnostic : format JJ/MM/AAAA. **Précisez le tableau clinique et fonctionnel actuel** : | | | | |
| **INTERVENANTS EXTERIEURS** | | | | |
| *Type de structure / professionnels concernés* | *Coordonnées* | | *Fréquence* | *Type d’intervention* |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| **NATURE DE LA DEMANDE** | | | | |
| Information, conseils ou orientation  Evaluation/aménagement domicile  Evaluation fonctionnelle (physique/cognitive)  Evaluation aide humaine  Evaluation aide technique | | Aide administrative  Amélioration de la participation sociale  Formation aide aux aidants  Autres | | |
| **QU’ATTENDEZ-VOUS DE L’EQUIPE MOBILE DE READAPTATION - REINSERTION ?** | | | | |
|  | | | | |

**Coordonnées des EM de réadaptation – réinsertion d’Ile de France** :

EM Pitié-Salpêtrière **75-94**, 01.42.16.11.19, [equipemobile-mpr.pitie-salpe@psl.aphp.fr](mailto:equipemobile-mpr.pitie-salpe@psl.aphp.fr)

EM Rothschild **75**, 01.40.19.36.38, [equipemobile.parisest@rth.aphp.fr](mailto:equipemobile.parisest@rth.aphp.fr)

EM Lariboisière **75**, 01.49.95.61.52, [equipemobile.mpravc@lrb.aphp.fr](mailto:equipemobile.mpravc@lrb.aphp.fr)

EM Garches **92-78**, 01.71.14.49.88, [equipemobile.pifo@rpc.aphp.fr](mailto:equipemobile.pifo@rpc.aphp.fr)

EM Sud Parisien **75-92,** 01.75.60.60.35, [equipemobile.sudparisien@ladapt.net](mailto:equipemobile.sudparisien@ladapt.net)

EM A. Chenevier **94**, 01.49.81.33.58, [equipemobilessr.ach@aphp.fr](mailto:equipemobilessr.ach@aphp.fr)

EMHIF **95-93-92**, 01.34.46.64.51, contact@emhif.fr

EM St-Maurice **94**, 01.43.96.65.73, secretariat.em@ght94n.fr

EMOVY **95-78**, 01.84.12.20.53, [emovy@ght-novo.fr](mailto:equipe.mobileavc@ghi-vexin.fr)

EM GCS Sud **78**, 01.30.88.88.92, [r.faguet@gcs-repy.fr](mailto:r.faguet@gcs-repy.fr)

EM Villiers **91**, 01.69.46.71.22, [equipemobilessr@villiers.clinalliance.fr](mailto:equipemobilessr@villiers.clinalliance.fr)

EM Nord **77**, 01.64.40.40.01, [equipemobile-ssr77@probtp.com](mailto:equipemobile-ssr77@probtp.com)

EM Sud IDF **77**, 07.76.05.02.36, contact@emrsudidf.fr

EM Provins **77**, 01.64.60.47.89, [equipemobileavc@ch-provins.fr](mailto:equipemobileavc@ch-provins.fr)

EM Bobigny **93**, 01.43.93.26.80, [equipemobile.bobigny@fondationcos.org](mailto:equipemobile.bobigny@fondationcos.org)

Ci-après la plaquette des équipes mobiles d’IDF pour plus d’informations : [**https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-03/SSR-plaquette-EMSSR-AVC-2017.pdf**](https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-03/SSR-plaquette-EMSSR-AVC-2017.pdf)