



 **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-socialAdresse : 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 orientationEvaluation/aménagement domicileEvaluation fonctionnelle (physique/cognitive)Evaluation aide humaineEvaluation 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

 EM Rothschild **75**, 01.40.19.36.38, equipemobile.parisest@rth.aphp.fr

 EM Lariboisière **75**, 01.49.95.61.52, equipemobile.mpravc@lrb.aphp.fr

 EM Garches **92-78**, 01.71.14.49.88, equipemobile.pifo@rpc.aphp.fr

 EM Sud Parisien **75-92,** 01.75.60.60.35, equipemobile.sudparisien@ladapt.net

 EM A. Chenevier **94**, 01.49.81.33.58, 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

 EM GCS Sud **78**, 01.30.88.88.92, r.faguet@gcs-repy.fr

 EM Villiers **91**, 01.69.46.71.22, equipemobilessr@villiers.clinalliance.fr

 EM Nord **77**, 01.64.40.40.01, 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

 EM Bobigny **93**, 01.43.93.26.80, 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)