

Cadre réservé à l'EMT SSR

Nom du bénéficiaire :

Demande reçue le :

Dossier fermé le :

Motif de clôture :

Demande de suivi par l'équipe mobile INTERACTIONS 73

! Dossier rempli le :

Coordonnées du prescripteur :

Nom – Prénom :

Fonction :

Structure :

Téléphone :

Mail :

Adresse :

Coordonnées du bénéficiaire :

Nom – Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone (fixe et portable) :

Mail :

Numéro de sécurité sociale :

Merci de nous faire parvenir la demande :

- Par courrier : INTERACTIONS 73
139 rue de la grande chartreuse - CS 30013
73230 SAINT ALBAN LEYSSE
- Par mail : em.interactions73@croix-rouge.fr
- Par fax : 04.79.60.67.96

Pour toutes demandes de renseignements, vous pouvez nous joindre au : 04.79.68.95.45

INTERACTIONS 73

Situation familiale

- Célibataire Pacs/Concubin Veuf(ve)
 Marié(e) Séparé(e)/ Divorcé(e)

Nombre d'enfants à charge (indiquez l'âge) :.....
.....
.....

Nombre de parents à charge (indiquer l'âge et la pathologie) :.....
.....
.....

Aidants potentiels (précisez) :.....
.....

Situation administrative

Dossier MDPH : Oui (en cours) Non

N° : Département :

Situation professionnelle actuelle :

Mesure de protection ou mesure d'accompagnement en cours :

- Tutelle** MASP
 Curatelle** MAJ

(** joindre une copie du jugement)

Coordonnées de la personne exerçant la mesure :

.....
.....

Situation actuelle (*Rayer la mention inutile)

Hospitalisé

Date de retour à domicile si prévue :

Coordonnées de l'hôpital et nom du service :

.....

Séjour en centre de rééducation (HC ou HDJ) *

Date de retour à domicile, si prévue :

Coordonnées du centre :

.....

Pour l'HDJ, précisez les jours :

En structure (hébergement définitif ou temporaire) *

Date de retour à domicile si prévue :

Coordonnées de la structure :

.....

Accueil de jour

Précisez les jours et horaires :

Coordonnées de la structure :

.....

A domicile

Autres, précisez :

.....

Situation médicale

Histoire de la maladie :

.....
.....
.....
.....
.....

Troubles moteurs :

.....
.....
.....
.....
.....

Troubles cognitifs :

.....
.....
.....
.....
.....

Troubles psychiques :

.....
.....
.....
.....
.....

Motif de la demande :

.....
.....
.....
.....
.....

Remarques :

.....
.....
.....
.....
.....

La personne est informée de son orientation vers l'équipe mobile INTERACTIONS 73, et a donné son accord : OUI NON

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique exclusivement destiné à la gestion de votre dossier. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au secrétariat :

INTERACTIONS 73

04 79 68 95 45

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. »

Personnes intervenant auprès du bénéficiaire

(Médecin traitant, professionnels paramédicaux, aides à domicile, aidants familiaux, personne ressource...)

Nom – Prénom :
Fonction : Structure :
Téléphone : Mail :
Fréquence d'intervention :
Adresse :
Nom – Prénom :
Fonction : Structure :
Téléphone : Mail :
Fréquence d'intervention :
Adresse :
Nom – Prénom :
Fonction : Structure :
Téléphone : Mail :
Fréquence d'intervention :
Adresse :
Nom – Prénom :
Fonction : Structure :
Téléphone : Mail :
Fréquence d'intervention :
Adresse :

INTERACTIONS 73