



**EQUIPE MOBILE DE
SOINS DE SUITE ET
READAPTATION**

DEMANDE D'INTERVENTION

Merci d'envoyer cette demande par mail, fax ou courrier

Dr A. COULOMB

Praticien Hospitalier

Mme M. RAULT

Infirmière coordinatrice

M. P. DELIE

Ergothérapeute

Mme L. WARD

Assistante socio-éducative

PATIENT: (ou étiquette du patient)

Accord du patient pour cette demande oui non

NOM D'USAGE :

PRENOM :

NOM DE NAISSANCE :

Date de naissance :

Age (- 75 ans) :

Adresse :

Téléphone :

**Permanence
Téléphonique**

du lundi au vendredi

de 9h à 16h30

PERSONNE RESSOURCE ET/OU DE CONFIANCE :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

DEMANDEUR :

Date de la demande :

Chambre :

Nom/structure/fonction :

Service :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

MEDECIN TRAITANT :

Docteur :

Adresse :

Téléphone :

PATHOLOGIE EN LIEN AVEC LA DEMANDE :

MOTIF DE LA DEMANDE :

- Evaluation fonctionnelle (physique/cognitif)
- Evaluation pour l'aménagement du domicile
- Evaluation pour des aides humaines
- Evaluation des aides techniques
- Soutien administratif
- Autres :

DÉLAI D'INTERVENTION :

urgent

1 semaine à 10 jours

1 mois

Coordonnées :

12 rue Jacques Monod
62200 BOULOGNE SUR MER

Tel : 03 21 99 35 56

Fax : 03 21 99 34 06

Mail pour particulier :
em-ssr@ch-boulogne.fr

Mail crypté :
em-ssr.ch-boulogne
@medical62.apicrypt.org