

Ce formulaire de 2 pages dûment complété est à nous retourner à l'adresse mail suivante : contact-emh.ssl@aphp.mssante.fr

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter Mme Gonzalez, IDE Coordinatrice au : 06 22 18 38 79

Date de la demande :

Le bénéficiaire /responsable légal consent à l'intervention de l'équipe mobile,
à l'échange et au partage des données de santé nécessaires à sa mise en œuvre :

☐ Oui☐ Non

Informations administratives sur le bénéficiaire

Nom d'usage :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

N° Sécurité Sociale :

Mutuelle :

Notification MDPH :

Si oui, décision d'orientation :

Situation actuelle : ☐ Domicile ☐ Etablissement Médico-Social ☐ Hospitalisé / sortie prévue le :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Tel : Mail :

Situation socio-familiale :

Situation socio-professionnelle :

Nombre d'enfants à charge :

Personne ressource Lien :

Mesure de protection : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Nom, prénom :

Si oui, type de mesure :

Contact :

Nom -
Contact :

Professionnel à l'origine de la demande d'intervention

Nom, prénom :

Fonction :

Structure, service :

Adresse :

Tel :

Mail :

Nature de la demande

Motif de la demande d'intervention (attentes, besoins, difficultés rencontrées...) :

Anamnèse - Merci de joindre à ce formulaire les documents médicaux en votre possession : compte-rendu, courrier récent, etc...)**Historique de la maladie et diagnostic** (préciser la date d'apparition des troubles) :**Parcours :****Antécédents médicaux :****Antécédents chirurgicaux :****Autonomie – Communication - Compréhension :****Traitements :****Suivi médical et paramédical - Intervenants à domicile****Médecin traitant – Nom et Coordonnées :**Le médecin traitant est informé de la sollicitation de
l'Équipe Mobile Handicap San Salvador :☐ OUI ☐ NON**Professionnel / Structure + Coordonnées :****Fréquence et nature de l'intervention :****Partie réservée à l'Équipe Mobile Handicap San Salvador :**

Formulaire reçu le :

Référence dossier :

Date et avis du référent médical :

Signature - cachet du référent médical :