

EQUIPE MOBILE REEDUCATION PEDIATRIQUE

DEMANDE D'INTERVENTION



Ce document est à compléter par un demandeur après accord du représentant légal du bénéficiaire.

Cette demande est à retourner par mail à l'adresse : emp@institut-st-pierre.fr

Les demandes incomplètes ne seront pas traitées.

ACCORD DU REPRESENTANT LEGAL POUR CETTE DEMANDE : OUI NON

DATE DE LA DEMANDE :

BENEFICIAIRE / PERSONNE CONCERNEE

Nom : Prénom :

Date de naissance : Age : Sexe : F M

SITUATION ACTUELLE

Lieu de vie : au domicile en établissement médico-social autre :

hospitalisé(e) Etablissement : Service :

Date de sortie prévue :

Adresse : Département :

REPRESENTANT LEGAL

Nom : Prénom :

Lien avec le bénéficiaire : mère père autre :

Téléphone(s) : Adresse mail :

Adresse : Département :

Si parents séparés, seconde adresse :

MEDECIN TRAITANT ET SUIVI MEDICAL

Médecin traitant : Adresse :

Médecins spécialistes (MPR, neurologue, etc...) :

EQUIPE MOBILE REEDUCATION PEDIATRIQUE DEMANDE D'INTERVENTION



DEMANDEUR DE L'INTERVENTION

Nom : Prénom :

Famille : (ne pas compléter les coordonnées si identiques au représentant légal)

Professionnel : Hospitalier Libéral Médico-social Scolaire Autre

Structure / fonction :

Téléphone(s) : Adresse mail :

Adresse : Département :

Intervention souhaitée pour (date) :

Lieu d'intervention (type de structure et adresse) :

PATHOLOGIE ET MOTIF DE LA DEMANDE

Pathologie principale, histoire de la maladie et tableau clinique actuel :

Motif de la demande et difficultés rencontrées (justifiant l'intervention de l'EMRP) :

EQUIPE MOBILE REEDUCATION PEDIATRIQUE DEMANDE D'INTERVENTION



INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (SI CONNUES)

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Traitements médicamenteux actuels :

Soins habituels (indiquer le nom du praticien, son téléphone et le rythme des prises en charge) :

Aides techniques et appareillages existants (milieu scolaire et domicile) :

Fournisseur de matériel médical : Orthoprothésiste :

Scolarité : Nom de l'établissement :
 Aide humaine / AESH

Suivi social en cours : Nom, tél, e-mail :

Dossier MDPH : OUI NON

Vous pouvez également nous transmettre les derniers comptes-rendus médicaux, bilans et examens complémentaires que vous jugez utiles.