

DEMANDE D'INTERVENTION

DE L'EQUIPE MOBILE SSR

Ce document est à compléter après accord explicite du bénéficiaire ou de son représentant légal. Merci d'envoyer cette demande par mail : mobilessousuite@ch-stomer.fr
Dès réception de la demande, un membre de l'équipe prendra contact directement avec la personne concernée



EQUIPE MOBILE SOINS DE SUITE

ET DE READAPTATION

Vincent **POUILLERY**
Cadre de Santé Rééducation

Julie **MARQUANT**
Infirmière coordinatrice

Véronique **BASSEZ**
Ergothérapeute

Hélène **DOYER**
Assistante sociale

Valérie **LOUYS**
Secrétaire

EMSSR Pavillon Opale

Centre Hospitalier

De la Région de St-Omer

Route de Blendecques

BP 60357 – HELFAUT

62505 SAINT-OMER CEDEX

☎ 03 21 88 73 42

@ mobilessousuite@ch-stomer.fr

Permanence téléphonique :

Tous les jours de 9h à 16h30

PATIENT

ACCORD DU PATIENT POUR CETTE DEMANDE : OUI NON

NOM : **PRENOM :**

NOM de jeune fille :

Date de naissance :/...../.....

ADRESSE :

.....

Tél :

DEMANDEUR

Date de la demande :/...../.....

Nom : Adresse :

Structure et fonction :

Téléphone : Mail :

Motif de la demande

Intervention : dès que possible dans 1 mois dans mois

Problématique principale :

Nature de la demande :

- Aide au maintien au domicile
- Aide au retour au domicile
- Aide aux aidants
- Autre

Médecin traitant référent :

Docteur :

Adresse :

Tél :

E mail :

Intervenants à domicile :

- Infirmièr(e) DE
- Kinésithérapeute DE
- Service d'aide à la personne
- Autre

Historique de la maladie et tableau clinique avec date de début des troubles

Antécédents médicaux et chirurgicaux

Traitements

Environnement socio-familial

La personne a-t-elle déjà bénéficié d'une prise en charge au CHRSO ?

Date :

Service :