

EQUIPE MOBILE DE
SOINS MEDICAUX
ET DE READAPTATION

Dr N. COURTIN

Praticien Hospitalier

Mme M. RAULT

Infirmière coordinatrice

M. P. DELIE

Ergothérapeute

Mme L. WARD

Assistante socio-éducative

Permanence
téléphonique

du lundi au vendredi

de 9h à 16h30

Coordonnées :

BP 609
62321 BOULOGNE-SUR-MER
Cedex

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

DEMANDE D'INTERVENTION

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

PATIENT: (ou étiquette du patient)

Accord du patient pour cette demande

☐ oui

☐ non

NOM D'USAGE :

PRÉNOM :

NOM DE NAISSANCE :

Date de naissance :

Age (- 75 ans) :

Adresse :

Téléphone :

PERSONNE RESSOURCE ET/OU DE CONFIANCE :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

DEMANDEUR :

Date de la demande :

Chambre :

Nom/structure/fonction :

Service :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

MÉDECIN TRAITANT :

Docteur :

Adresse :

Téléphone :

PATHOLOGIE EN LIEN AVEC LA DEMANDE :

MOTIF DE LA DEMANDE :

- ☐ Evaluation fonctionnelle (physique/cognitive)
- ☐ 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