

**ÉQUIPE MOBILE  
DE RÉHABILITATION PSYCHO-SOCIALE**

**DEMANDE D'INTERVENTION**

Formulaire à compléter puis à adresser par mail à **emrp@ch-claudel.fr**  
ou par courrier au **151, rue de Paris 16000 ANGOULÊME.**  
Nous vous contacterons dès réception de la demande.

|                           |                            |                                   |                                  |                                |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <b>Date de la demande</b> | <b>Lieu d'intervention</b> | Domicile <input type="checkbox"/> | UF CHCC <input type="checkbox"/> | AUTRE <input type="checkbox"/> |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|

|  |               |
|--|---------------|
| <b>Demandeur Nom, Prénom :</b>           |               |
| -----                                    |               |
| <b>Lien avec la personne concernée :</b> |               |
| <b>Téléphone :</b>                       | <b>Mail :</b> |

|   |               |
|---|---------------|
| <b>Personne à rencontrer Nom, Prénom :</b>  |               |
| -----   |               |
| <b>Sexe :</b> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>   |               |
| <b>Date et lieu de naissance :</b>  |               |
| <b>Adresse :</b>  |               |
| <b>Téléphone :</b>  | <b>Mail :</b> |
| <b>Profession :</b>   |               |
| <b>Mode de vie :</b> Seul <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Chez ses parents <input type="checkbox"/> Autre (préciser) <input type="checkbox"/> |               |

|   |  |
|---|--|
| <b>Situation sociale</b>  |  |
| -----   |  |
| <b>Sécurité sociale :</b>   |  |
| <b>Mutelle :</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  |  |
| <b>ALD :</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  |  |
| <b>Mesure de protection :</b> Aucune <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Nom et organisme du mandataire :</b>   |  |
| <b>Coordonnées :</b>  |  |
| <b>Mail :</b>   |  |
| <b>Types de ressources :</b>  |  |

**ÉQUIPE MOBILE  
DE RÉHABILITATION PSYCHO-SOCIALE**

**DEMANDE D'INTERVENTION**

**Médecin traitant :**

**Coordonnées :**

**Médecin psychiatre :**

**Coordonnées :**

**Assistante sociale :**

**Coordonnées :**

**Autres intervenants :**

**État clinique à ce jour :**

Symptômes :

Plaintes :

**Demande et/ou projet de vie de la personne :**

**Information de la personne concernant la demande d'intervention :**    Oui     Non

**Date de la rencontre :**