

EQUIPE MOBILE DE REHABILITATION PSYCHO-SOCIALE



DEMANDE D'INTERVENTION

*Formulaire à compléter puis à adresser par mail ou par courrier.
Nous vous contacterons dès réception de la demande*

Date de la demande	Lieu d'intervention Domicile ☐ UF CHCC ☐ AUTRE ☐
---------------------------	--

Demandeur Nom Prénom :	
Lien avec la personne concernée :	
Téléphone :	Mail :

Personne à rencontrer Nom Prénom :	
Sexe : F ☐ M ☐	
Date et lieu de Naissance :	
Adresse :	
N° téléphone :	Mail :
Profession :	
Mode de vie : Seul ☐ En couple ☐ Chez ses parents ☐ Autre (Préciser) ☐	
Modalité d'hospitalisation : HL / SPDRE / SPDT / SPDTU / SPPI	

Situation sociale	
Sécurité sociale :	Mutuelle : Oui ☐ Non ☐ ALD : Oui ☐ Non ☐
Mesure de protection :	Aucune ☐ Curatelle ☐ Tutelle ☐
Nom et Organisme du mandataire Coordonnées :	Mail :
Types de ressources :	

Médecin traitant :

Coordonnées :

Médecin psychiatre :

Coordonnées :

Assistante sociale :

Coordonnées :

Autres intervenants :

Etat 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 ☐

Besoin d'informations aux aidants : OUI ☐ NON ☐

Si oui : Noms, lien de parenté et coordonnées :

Date de la rencontre :