

Demande d'intervention EMSPT

Date de la demande :

Réponse sous 24 à 72h pour programmer un passage à domicile)

Patient :

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

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

Adresse :

Ville

N° de sécurité sociale

Téléphone fixe

Portable :

Situation familiale :

Personne à contacter : Nom : Lien :

Accord du patient : ☐ Oui ☐ Non

Accord du médecin traitant : ☐ Oui ☐ Non

Directives anticipées rédigées : ☐ Oui ☐ Non

Personne de confiance :

Téléphone de la personne de confiance :

Adresse mail de la personne de confiance :

Patient informé du diagnostic : ☐ Oui ☐ Non

Patient rencontré par une EMSP : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle ?

Demandeur

Coordonnées :

Nom :

Téléphone :

Email :

☐ patient	☐ Proche	☐ Médecin traitant
☐ IDEL	☐ SSIAD	☐ HAD
☐ EMSP	☐ Service Hospitalier	
☐ DAC		
☐ Autre :		

Pathologie principale :

.....

.....

.....

.....

Merci de nous transmettre un compte-rendu médical avec la demande

Demande à adresser :

Par mail : emsp@ght-novo.fr ou par fax : 01.30.75.45.50
Nous sommes joignables au : 01 30 75 41 44 ou 06 69 90 39 80

Motif de la demande /symptômes /situation complexe :

.....

.....

.....

.....

.....

Traitements actuels :

.....

.....

.....

.....

.....

RDV prévu (suivi HDJ, CS, hospitalisation...) :

.....

.....

Coordonnées des intervenants professionnels :

Médecin traitant :

Médecin Hospitalier et établissements référents:

EMSP :

IDEL :

HAD :

SSIAD :

DAC :

Autres :

Merci de nous transmettre un compte-rendu médical avec la demande