

**La demande d'accompagnement est à transmettre par mail à l'adresse suivante : [equipemobile@emergence-s.fr](mailto:equipemobile@emergence-s.fr)**

**Pôle Accompagnement Prévention Soins**

67 place Saint Paul

Le Pré aux Loups 76000 Rouen

**Pour toute information joindre :**

**SAUMADE Claire**, Infirmière      Tél : 06.16.65.27.41      @ [c-saumade@emergence-s.fr](mailto:c-saumade@emergence-s.fr)

**DILLARD Julie**, Infirmière      Tél : 06 27 67 46 60      @ [j-dillard@emergence-s.fr](mailto:j-dillard@emergence-s.fr)

**MENDY Pascal**, Travailleur social      Tél : 07.85.12.25.68      @ [p-mendy@emergence-s.fr](mailto:p-mendy@emergence-s.fr)

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** ...../...../.....      **Sexe :** .....

**Téléphone :** .....

**Lieu d'hébergement / Domiciliation :** .....

**Service orienteur :** .....

**Nom et Prénom du référent :** .....

**Contact @:** .....

**Droits**

Droits ouvert :

**Si oui**

- C2S
- PUMA
- AME
- Mutuelle
- Autre : .....

Tutelle / Curatelle

Si oui : Nom et Contact : .....

**Parcours de Santé**

Problématique de Santé :       oui  non

Si **oui** Lesquels : .....

**Recours aux urgences de manière régulière**

(CHU/UNACOR) :       oui  non

**Intervention à domicile**

- SSIAD / SSAD / SPASSAD
- IDE Libérale
- UMAPP / UMIT
- Autres .....

**Ressources**

- RSA
- Pôle emploi
- AAH
- Pension d'invalidité
- Retraite
- Sans ressources
- Autres .....

**Médecin traitant**       oui  non

Si **oui** Nom et Contact : .....

Suivi spécialisé       oui  non

Si **oui**, spécialité, Nom et Contact : .....

**Autonomie**

- Déplacement/transport en commun       oui  non
- Prise de rendez-vous médical       oui  non
- Hygiène :       oui  non
- Compréhension du langage médical       oui  non
- Gestion du traitement :       oui  non

**Adhésion**

Difficile à un accompagnement santé  oui  non

Refus de soin/renoncement aux soins  oui  non

**Démarches sociales en cours (projet social envisagé)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Motifs de la demande d'accompagnement**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Objectifs identifiés**

- Développer l'autonomie de la personne dans la compréhension de sa situation médicale (Pathologie, symptômes, ...)
- Réassurer la personne pour faire face au système de santé et aux freins environnementaux (Utilisation des transports en communs, orientation au sein de l'hôpital, compréhension des interlocuteurs médicaux, ...)
- Assurer/Renforcer l'accompagnement et la coordination du parcours de santé (Votre équipe est en difficulté pour faire face à la coordination du parcours de santé : situation médico-sociale complexe/lourde ...)
- Sécuriser les transitions de parcours d'hébergement (CAU vers CHRS / CAU vers PF / CHRS vers logement, CHRS vers EHPAD ...)
- Evaluer les droits mobilisables et faciliter la mise en place d'intervention de droit commun à domicile (IDE libéral, SPASAD/SSIAD, HAD, Unité mobile de soins palliatifs, ...).
- Remobiliser la personne dans un parcours de santé.

Je soussigné(e) Mr /Mme .....reconnait avoir pris connaissance du dispositif et accepte d'être accompagné par l'équipe mobile de l'association Emergence-s.

Le / /

à

**Signature du demandeur :**

**Signature de l'intervenant social**