

La demande d'accompagnement est à transmettre par mail à l'adresse suivante : equipemobile@emergence-s.fr

Pôle Accompagnement Prévention Soins

67 place Saint Paul
Le Pré aux Loups 76000 Rouen

Pour toute information joindre :

BRUDEY Corinne , Infirmière	Tél :07.57.42.50.68	@ c-brudey@emergence-s.fr
SAUMADE Claire , Infirmière	Tél :06.16.65.27.41	@ c-saumade@emergence-s.fr
MENDY Pascal , Travailleur social	Tél :07.85.12.25.68	@ 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 /Mmereconnait 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