

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

Pôle Accompagnement Prévention Soins

67 place Saint Paul
Le Pré aux Loups 76000 Rouen

Pour toute information joindre :

Corinne LEFRANCOIS , Infirmière coordinatrice Tél : 06.23.74.89.82 @ c-lefrancois@emergence-s.fr

Documents à joindre : prescription médicale pour les soins – attestation de sécurité sociale et /ou mutuelle

Date de début d'intervention souhaitée:...../...../.....

Bénéficiaire :

Nom :

Prénom :

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

Lieu de vie :

.....

☎ :

N° S.S :

Caisse : Code gestion :

CSS

PUMA

AME

Mutuelle

Sans droit

Sans complémentaire

Demande en cours – faite le :/...../.....

Laquelle :

Service orienteur :

Nom/Prénom :

Fonction :

Contact @ :

☎ :

Dispositif d'hébergement

CHRS Diffus

CHRS insertion

PMA

VP

Pension de famille

Résidence sociale

Autre.....

Nom du référent social ou service de 1er accueil

.....

Contact @ :

☎ :

Médecin traitant

oui

non

Nom :

Adresse :

.....

☎ :

@ :

Médecin prescripteur

Ordonnance :

oui

non

Soins demandés :

.....

.....

.....

.....

Ressources

AAH

Pension d'invalidité

Retraite

RSA

Autre

Sans ressources

Mesure de protection oui non

Demande en cours – faite le :/...../.....

Organisme :

Tutelle Curatelle

Nom :

Adresse :

.....

☎ :

Contact @ :

Recours aux urgences de manière régulière

CHU oui non

UNACOR oui non

Autonomie

Déplacement/transport en commun oui non

Prise de rendez-vous médical oui non

Compréhension du langage médical oui non

Hygiène oui non

Gestion du traitement oui non

Adhésion

Adhère à un accompagnement santé oui non

Accepte les soins oui non

Démarches administratives et sociales en cours (projet social envisagé)

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

Motifs de la demande de prise en charge

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

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

Le :/...../.....

À :

Signature du Patient :

Signature du service orienteur