

**FICHE MEDICALE****Equipe Mobile de  
Réadaptation et  
Réinsertion de Saint  
Brieuc**

Tél : 02 96 01 80 44

Médecin MPR :  
Dr LEBLANCHE  
FrédériqueCadre de santé :  
ARNAUD EmilieErgothérapeutes :  
GUILLAUME Estelle  
MOUSTER HélèneAssistante de service  
Social :  
BOTREL FlorianeInfirmière coordinatrice :  
COUPE KatellMerci d'adresser la demande, **après accord de la personne** à :Docteur LEBLANCHE Frédérique  
Equipe Mobile de Réadaptation et Réinsertion  
Service de MPR Hôpital Yves le Foll  
10 rue Marcel Proust 22027 Saint Brieuc Cedex 1

Ou par mail : em2r.ch-stbrieuc@armorsante.bzh

Une réponse vous sera adressée dans les 72h de la réception de la demande.**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :****PATIENT**NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE :    /    /**IDENTITE DU DEMANDEUR**Nom : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_  
 Libéral     Hospitalier     HAD     EHPAD     Etablissement médico-social

Adresse du demandeur : \_\_\_\_\_

N° téléphone : \_\_\_\_\_

**IDENTITE DES INTERVENANTS****Médecin traitant référent :**

Docteur :.....

Adresse :.....

Tél :.....

**INTERVENANTS A DOMICILE** Infirmier(e) DE (Nom, prénom, coordonnées) Kinésithérapeute DE (Nom, prénom, coordonnées) Service d'aide à la personne (Nom, prénom, coordonnées) Autre (Nom, prénom, coordonnées)

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :**

**MOTIF DE LA DEMANDE**

- Evaluation dans le cadre d'une hospitalisation en vue d'une sortie  
 Aide au maintien à domicile

Précisez :

**HISTOIRE DE LA MALADIE ET TABLEAU CLINIQUE**

Date du début des troubles :

**ATCD MEDICAUX ET CHIRURGICAUX**

**TRAITEMENTS**

**ENVIRONNEMENT SOCIO-FAMILIAL**

**La personne a-t-elle déjà bénéficié d'une prise en charge au CH de St Brieuc ?**  Oui  Non

Si oui, dans quel service et avec quel médecin :

**La personne est-elle suivie par un médecin rééducateur ?**  Oui  Non

Si oui, dans quel centre de rééducation et avec quel médecin ?

**Date de la demande :**

**Nom du demandeur + Signature :**

*Toute demande incomplète pourra entraîner un retard de réponse.*

**FICHE ADMINISTRATIVE**

**CONSENTEMENT DU PATIENT**

**Patient prévenu et consentant**

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Nom de naissance : .....  
Né(e) le : .....  
Lieu de naissance : .....  
 Marié(e)  Pacsé(e)  Célibataire  Divorcé(e)  Enfants à charge (nombre) : .....  
Adresse : .....  
CP : .....  
Ville : .....  
Tel Domicile : .....  
    Portable : .....  
Adresse mail.....

**COUVERTURE SOCIALE**

\*Si assuré ≠ Patient  
Nom\* : .....  
Prénom : .....  
Nom de naissance : .....  
Adresse : .....  
CP : .....  
Ville : .....

N° Immatriculation : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ORGANISME :**

Nom : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....

**MUTUELLE**

Nom de l'organisme : .....

Adresse : .....

CP : .....

Ville : .....

N° Adhérent : .....

**SITUATION AU REGARD DE L'EMPLOI**

Profession : .....  Retraité(e)

En étude/Formation : .....  Sans emploi

Situation MDPH : .....

N° de dossier MDPH : .....

**PATHOLOGIE EN RAPPORT AVEC**

Accident du travail

Date : .....

Maladie professionnelle : .....

Date : .....

ALD

Date : .....