

Demande d'intervention

emgen@ch-thiers.fr - 06.27.34.23.19

Public : Personnes de 12 à 65 ans souffrant de troubles en santé mentale anciens ou émergents. Personne en accord avec la demande d'évaluation et de soins.

Date de la demande

- ☐ La personne est informée de la demande
☐ Accord du patient ☐ Parents informés si mineur

Demandeur

Nom : _____ Téléphone : _____
Fonction / service : _____ Portable : _____
Adresse : _____ Mail : _____
Autre(s) professionnel(s) concerné(s) par la demande : _____

Identité de la personne

Nom d'usage : _____
Nom de naissance : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
Adresse : _____
Ville : _____
Téléphone : _____
Numéro sécurité sociale : _____

Référents professionnels

Médecin traitant : _____
Infirmier à domicile : _____
Service d'aide à domicile : _____
Service social : _____
Mandataire : _____
Autres : _____

Mode de vie

- ☐ Vit seul ☐ En couple
☐ En famille ☐ En Etablissement

Référents (famille, entourage...) à contacter

Nom : _____
Prénom : _____
Téléphone : _____
Lien : _____

Motif(s) de la demande

- ☐ Renoncement au soin ☐ Tristesse de l'humeur ☐ Antécédents psychiatrique
☐ Troubles du comportement ☐ Autre

Intervention demandée

- ☐ Informations/conseils ☐ Aide à l'évaluation ☐ Aide à l'orientation

Page réservée à l'équipe mobile

Date de réception : _____