

## Equipe Mobile de réadaptation et réinsertion (EM2R47)

### Fiche premier contact

Vu par professionnels em2r47 :

le :

#### IDENTITE DE LA PERSONNE :

Nom : Prénom : Sexe :

Age :

Situation actuelle :

Code postal :

Téléphone :

#### DEMANDEUR :

Nom : Fonction et service :

Date de la demande :

Téléphone :

#### PATHOLOGIE :

#### MOTIF DE LA DEMANDE :

- Avis Médical MPR
- Conseils en ERGOTHERAPIE (installation, positionnement, aides techniques, ...)
- Accompagnement d'un retour au domicile
- Evaluation SOCIALE (ouverture de droits, révision des dossiers, réajustement des aides, ...)
- Informations et conseils / Aides aux aidants

R47.PAP.DQ122 v0