

Equipe **M**obile d'**E**xpertise en **R**éadaptation (**EMER**) Neuro- Locomotrice du Tarn

CMRF Albi



Sommaire

- Qui sommes-nous ?
- Les missions
- La population cible
- Territoire, lieux et établissements d'intervention
- Comment nous solliciter ?
 - Fiche de demande d'intervention
- Contacts





Qui sommes-nous ?



Composition de l'équipe

- 1 médecin MPR
- 1 masseur-kinésithérapeute
- 1 ergothérapeute/coordonateur
- 1 assistante sociale
- 1 secrétaire médicale



Nos Missions

S'engager dans des actions alternatives à l'hospitalisation complète en SSR, maintenir la personne sur son lieu de vie, aller au plus près des personnes et assurer expertise et conseil auprès des acteurs du territoire en :

- Evaluant et orientant la personne en situation de handicap.
- Accompagnant les adresseurs.
- Conseillant et formant les professionnels.
- Accompagnant les aidants et l'entourage.
- Evaluant les besoins matériels et humains.
- Evaluant le contexte social.
- Réalisant des évaluations médicales spécialisées.



Notre population cible

Qui peut en bénéficier ?

- Toute personne âgée de 16 ans et plus ayant des affections neurologiques et/ou locomotrices entraînant des limitations fonctionnelles sévères.



Territoire, lieux et établissements d'intervention

Zone géographique

- L'EMER intervient sur l'ensemble du département du Tarn en collaboration avec l'ensemble des acteurs/réseaux du département.



Lieux et établissements d'intervention

L'EMER intervient :

- En cours séjour, dans les services de chirurgie orthopédique ou de neurologie
- En SSR majoritairement non spécialisé
- Dans les structures médico-sociales du Territoire intervenant dans le champ du handicap chronique
- Au domicile (ou en EHPAD) du patient à la demande des professionnels intervenant auprès du patient.



Comment nous solliciter ?

Fiche de demande d'intervention

UMT Centre de Rééducation
 06 32 47 41 33
 www.umt.fr/mer/emer.html

**DEMANDE D'INTERVENTION de l'Équipe Mobile
d'Expertise en Réadaptation (EMER)**

Vous nous remercions de bien vouloir remplir cette fiche de demande d'intervention de l'Équipe Mobile d'Expertise en Réadaptation (EMER). Il est important que tous les champs demandés soient bien renseignés pour bien évaluer le demande et vous apporter la réponse la plus adaptée. Tout dossier incomplet ne sera pas étudié.

Date de la demande: / /

1. Coordonnées

IDENTITE DU PATIENT / BENEFICIAIRE	IDENTITE DU DEMANDEUR
Nom *	Demandeur <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D
Nom de naissance *	Nom et Prénom du demandeur *
Prénoms *	Signature *
Date de naissance* / /	N° de Téléphone *
Sexe* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Statut matrimonial:
Adresse *	Service:
N° de Téléphone *	Nom & coordonnées du médecin traitant:

2. Demande d'intervention de l'EMER

Objet de la demande d'intervention de l'EMER:

Lieu d'intervention souhaité: Bureau EMER (Place de Lafoin - 81000 ALBI) Vaste A Domicile (VAD) Structure (hôpital/ESR) Structure médico-oculaire Médecin traitant autre (préciser):

3. Objectifs de soins du patient

Objectifs du patient:

Objectifs de son entourage (si différents):

UMT Centre de Rééducation
 06 32 47 41 33
 www.umt.fr/mer/emer.html

**DEMANDE D'INTERVENTION de l'Équipe Mobile
d'Expertise en Réadaptation (EMER)**

Des démarches ont-elles été effectuées? Oui Non

Si oui, lesquelles:

4. Coordonnées

Demande: <input type="checkbox"/> En ligne / chez enfant <input type="checkbox"/> Entoux <input type="checkbox"/> Ince Validité: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Personne à prévenir* N° de Téléphone*
Mesure de protection juridique* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coordonnées du tuteur*
Dispositifs médicaux portés enfants: <input type="checkbox"/> IDE SMD <input type="checkbox"/> Aide(s) à domicile <input type="checkbox"/> Portage des repas <input type="checkbox"/> Télé-Médecine Ressources matérielles existantes:	

5. Antécédents médicaux

Accidents chirurgicaux*:

Accidents médicaux:

Allergies*:

Traitements médicamenteux en cours (prendre les derniers ordonnances)*:

Prescription d'adement* Oui Non

6. Situations d'admission

Accident Accident Dépendance Dégénérescence Traumatisme Appareil d'aide respiratoire (MAR)
 Situation d'urgence Pathologie Scène Pérennité Reti (admission) (situation médicale urgente)
 Appel/Rég* Oui Non

7. Qualité fonctionnelle

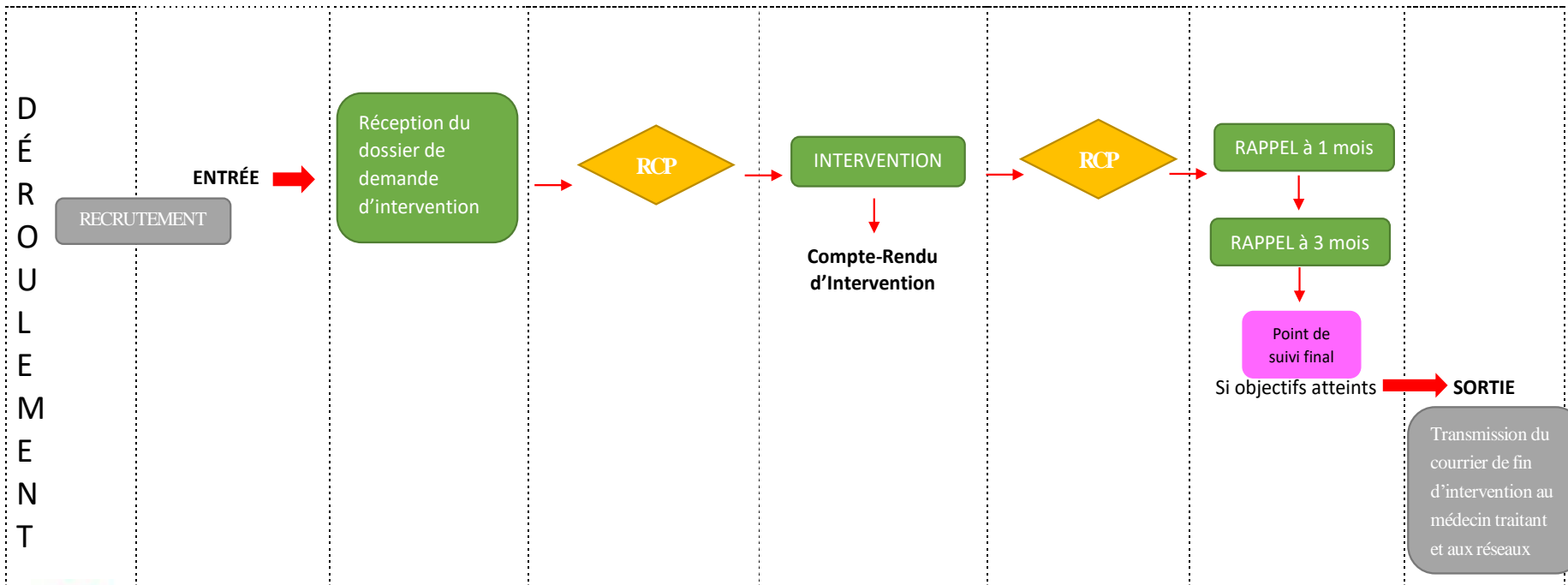
Toux / Hoquet Substrat Aide posturale Aide braille
 Peur des repas Substrat Aide posturale Aide braille
 Marche / Transfert Substrat Aide posturale Aide braille Faculté auditive Cerveau / Équilibre
 Conscience alerte Conscience Conscience Conscience Conscience
 Conscience brève Conscience Conscience Conscience

8. Observations complémentaires



Déroulement de l'intervention de l'EMER

Déroulement de l'intervention de l'EMER





Contacts



Cédric HILLION

Delphine DOUCÉ

Dr Hélène DESSORT

Christelle MARTINES

Ergothérapeute

Assistante Sociale

Médecin MPR

Secrétaire médicale

Coordinateur



06.15.57.99.62

06.12.13.10.25

06.12.47.61.19

emer.cmrf@umt-terresdoc.fr



Merci pour votre attention