



## Demande d'intervention

Réservée à l'usage des professionnels – [emep@epsm-quimper.fr](mailto:emep@epsm-quimper.fr) / 02.98.98.67.02

### Equipe Mobile et d'Etayage en Psychiatrie -EMEP Pôle 5

**Public :** toute personne, présentant des troubles psychiatriques installés, à partir de 18 ans et jusqu'à 69 ans, en situation perçue complexe au domicile

#### Date de la demande

#### Critères d'admission

- La personne est informée de la demande  Accord du médecin traitant  
 Accord du patient  Courrier médical

#### Cadre réservé à l'équipe mobile

Date de réception : \_\_\_\_\_  Courrier  Mail  Coordonnatrice parcours

#### Demandeur

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

#### Identité de la personne

- Homme  Femme

Nom d'usage : \_\_\_\_\_  
Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

#### Référents professionnels

Médecin traitant : \_\_\_\_\_  
Infirmier à domicile : \_\_\_\_\_  
Service d'aide à domicile: \_\_\_\_\_  
Kinésithérapeute, autre: \_\_\_\_\_  
Service social: \_\_\_\_\_  
Mandataire : \_\_\_\_\_  
Autres (accueil de jour, pharmacien, spécialistes) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Suivi psychiatrique : \_\_\_\_\_  
Modalités : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Secteur – libéral – établissement : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Mode de vie

- Vit seul  En couple  
 En famille  En Etablissement

#### Lieu de vie

- Habitat ordinaire  ESMS

#### Référents (famille, entourage...) à contacter

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_  
Lien : \_\_\_\_\_

#### Pièces à joindre

- Courrier du médecin traitant et/ou psychiatre intégrant :  
 Anamnèse  
 Antécédents  
 Histoire récente de la maladie  
 Traitements  
 Motifs

#### Motif(s) de la demande

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

