

## DEMANDE D'INTERVENTION

Formulaire à compléter puis à adresser par e-mail à [emrpsbi@ch-lorquin.fr](mailto:emrpsbi@ch-lorquin.fr) ou par courrier.  
Nous vous contacterons dès réception de la demande.

<b>Date de la demande</b>		<b>Lieu d'intervention</b>	Domicile <input type="checkbox"/> UF CH-Lorquin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
---------------------------	--	----------------------------	---

Adresse :

N° téléphone :

Mail :

<b>Demandeur</b>	<b>Nom - Prénom :</b>
------------------	-----------------------

Lien avec la personne concernée :

Adresse :

N° téléphone :

Mail :

<b>Personne à rencontrer</b>	<b>Nom - Prénom :</b>
------------------------------	-----------------------

Nom de jeune fille :

Sexe : F  M

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

N° téléphone :

Mail :

Nom du référent familial :

Lien de parenté :

N° téléphone :

Protection juridique : OUI  NON

Si oui, préciser : Curatelle  Tutelle

Nom de la personne ayant mandat :

Coordonnées :

Mail :

<b>Médecin Traitant</b>	<b>Dr</b>
-------------------------	-----------

N° téléphone :

Lieu d'exercice :

Prévenu de la demande d'intervention de l'E.M.R.P.S. :

OUI  NON  si non, merci de l'informer

<b>Médecin Psychiatre</b>	<b>Dr</b>
---------------------------	-----------

N° téléphone :

Lieu d'exercice :

Prévenu de la demande d'intervention de l'E.M.R.P.S. :

OUI  NON  si non, merci de l'informer

<b>Autres intervenants</b>	
----------------------------	--

### DESCRIPTION DE LA SITUATION

### ATTENTES

**INFORMATION et ACCORD de la personne concernant la demande d'intervention** OUI  NON

**AUTRES ELEMENTS IMPORTANTS**

## BILAN D'INTERVENTION

*Réservé à l'équipe mobile*

<b>Date</b>		<b>Lieu d'intervention</b>		Domicile <input type="checkbox"/>	UF CH-Lorquin <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
-------------	--	----------------------------	--	-----------------------------------	--	--------------------------------

Adresse :

N° téléphone :

Mail :

<b>Demandeur</b>	<b>Nom - Prénom :</b>
------------------	-----------------------

Lien avec la personne concernée :

Adresse :

N° téléphone :

Mail :

Accord de la personne des transmissions du bilan de l'E.M.R.P.S :

OUI

NON

<b>Personne rencontrée</b>	<b>Nom - Prénom :</b>
----------------------------	-----------------------

Nom de jeune fille :

Sexe : F  M

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

N° téléphone :

Mail :

Nom du référent familial :

Lien de parenté :

N° téléphone :

Protection juridique : OUI  NON

*Si oui, préciser :* Curatelle  Tutelle

Nom de la personne ayant mandat :

Coordonnées :

Mail :

<b>Médecin Traitant</b>	<b>Dr</b>
-------------------------	-----------

N° téléphone :

Lieu d'exercice :

Accord de la personne des transmissions du bilan de l'E.M.R.P.S :

OUI

NON

<b>Médecin Psychiatre</b>	<b>Dr</b>
---------------------------	-----------

N° téléphone :

Lieu d'exercice :

Accord de la personne des transmissions du bilan de l'E.M.R.P.S :

OUI

NON

<b>Autres intervenants</b>	
----------------------------	--

N° téléphone :

Lieu d'exercice :

Accord de la personne des transmissions du bilan de l'E.M.R.P.S :

OUI

NON

### PROJET DE LA PERSONNE

**POINT DE VUE DE LA PERSONNE CONCERNANT L'INTERVENTION**

**CONCLUSION EVALUATION**

**RECOMMANDATIONS**

**Dossier clôturé**

OUI  NON  si non, restant à faire :