

## Equipe Mobile de Rééducation et de Réadaptation

### Permanence téléphonique

Du lundi au vendredi  
9h00 à 17h00

Tél: 03.60.29.61.97  
mobilereadapt.imb@lna-sante.com

Docteur Delphine CAPRONNIER  
**Médecin MPR**

Madame Marie CARPENTIER  
**Ergothérapeute**

Madame Clara MERCIER  
**Assistante Sociale**

Madame Emilie EYCHENNE  
**Ide Coordinatrice**

Formulaire à compléter et à adresser au service Equipe Mobile de  
Rééducation et de Réadaptation:

Par mail: [mobilereadapt.imb@lna-sante.com](mailto:mobilereadapt.imb@lna-sante.com)

ou par courrier à l'adresse suivante:

**Equipe Mobile de Rééducation et de Réadaptation**  
32 rue de Paris, 60120 BRETEUIL

### Bénéficiaire

Nom: ..... Prénom: .....

Date de naissance: ...../...../.....

Adresse:.....,

N° de tel: .....

Mail: .....

Date de la demande: ...../...../.....

Nom du demandeur: .....

Fonction: .....

Structure:.....

Adresse: .....

Tel: .....

### Nature de la demande

- Service à domicile (SSIAD, HAD, SAD, SPASAD)
- Intervenant libéral :
- Médecin traitant
- Aidants/patients
- Service MCO
- Etablissement médico-social

### Médecin traitant référent:

Docteur: .....

Adresse: .....

Tél: .....

**Intervenants à domicile et correspondants médicaux (Nom, Prénom, coordonnées)**

Correspondants médicaux : .....

Infirmier(e) : .....

Kinésithérapeute : .....

Service d'aide à la personne : .....

Pharmacie : .....

Autre : .....

**A réception de la demande, l'Equipe Mobile prendra contact directement avec la personne concernée.**

**Motif et nature de la demande:**

**Histoire de la maladie + tableau clinique:**

**Date du début des troubles**

**Antécédents médicaux et traitement:**

**Environnement socio-familial:**

La personne a-t-elle bénéficié d'une prise en charge à l'IMB?  OUI  NON

Dans quel service:

**Date:**

**Nom** du médecin:

La personne a-t-elle été informée de l'orientation vers l'EMRR?  OUI  NON

**Merci de nous joindre à ce formulaire :**

-1 copie recto/verso de votre carte nationale identité ou passport

-1 copie attestation de droit de sécurité sociale

-1 copie de la mutuelle

*Date d'application : le 21/06/2023*