

DEMANDE D'INTERVENTION

SOUTIEN D'ÉQUIPE

Ce formulaire concerne exclusivement le **soutien ponctuel de professionnels en lien avec la prise en charge de situation(s) palliative(s)**.

Personnel encadrant et/ou médecin responsable, ainsi que tout professionnel après validation de l'encadrement, peuvent faire la demande sans sollicitation antérieure de l'EMSP 37.

⚠ Il est indispensable de s'assurer de la **disponibilité des participants**, d'un **lieu de rencontre adapté** et d'une **durée suffisante** (+/- 1h30).

DEMANDEUR :

Date
Nom Prénom Fonction
Tél/...../..... Mail
Établissement Service

Si vous n'êtes pas un professionnel encadrant, ce dernier est-il informé de la demande : ☐ OUI - ☐ NON

PROFESSIONNELS CONCERNÉS :

☐ IDE ☐ Encadrant ☐ Psychologue.s ☐ Kinésithérapeute.s
☐ AS ☐ Médecin.s ☐ Assistant.e.s service social ☐ Professionnel.s socio-éducatif
☐ ASH ☐ Aux. de Vie Sociale ☐ Diététicien.ne.s ☐ Autre :
☐ Étudiant.e.s

Sont-ils associés à cette demande : ☐ OUI - ☐ NON

SITUATION(S) MOTIVANT LA DEMANDE :

En quelques lignes, décrivez la ou les situation(s) en précisant : le contexte, les dates et lieux importants, etc... :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

SI VOTRE DEMANDE CONCERNE UN(E) PATIENT(E) :

Nom Prénom IPP
Date de naissance Age

Merci de décrire le contexte médical, socio-familial :

.....
.....
.....
.....

OBJECTIF ENVISAGÉ :

.....
.....
.....
.....
.....

Validation EMSP37 : Date :/...../20....., Par :, Modalité :

EMSP37, 2 boulevard Tonnellé, 37 044 TOURS CEDEX - Tel : 02 47 47 70 90 - secrétariat.emsp37@chu-tours.fr

ENVOI DU FORMULAIRE COMPLÉTÉ EXCLUSIVEMENT PAR MAIL : di.emsp37@chu-tours.fr