**A**ssociation **C**ommunautaire d'**A**ction et de **R**echerches **S**ociales

**Fiche de sollicitation**

Equipe Mobile Santé Précarité (EMSP) / Infirmier-e en accompagnement à la santé

Merci d’envoyer votre fiche à [emsp@association-acars.fr](mailto:emsp@association-acars.fr), elles sont étudiées les mardis matins.

Nos coordonnées téléphoniques si besoin : 04 77 42 81 10

Date de la demande :

Structure :

Document établi par / fonction :

|  |  |
| --- | --- |
| Personne informée de cette démarche (non obligatoire) Oui / Non[[1]](#footnote-2) | Personne demandeuse de soin : Oui / Non |
| **Nom et Prénom** *(informations en votre possession) :* |  |
| Date de naissance : | Lieux de naissance : |
| Téléphone : | Couverture médicale : |
| Médecin traitant : | Autre suivi / intervenants connus : |
| Lieu d’hébergement et numéro de chambre : | Langue parlée : |

|  |
| --- |
| Motifs de santé motivant la demande, quelles sont les difficultés rencontrées ? Quelles démarches ont déjà été effectuées ?  **Date avis :**  Accord Suivi EMSP Nom du binôme : Liste d’attente EMSP  Suivi IDE AS  Non adapté : quelles préconisations proposées ? |

1. Entourer la bonne réponse [↑](#footnote-ref-2)