

# DEMANDE D'INTERVENTION EQUIPE MOBILE DE PSYCHOGERIATRIE

La présente demande peut être renseignée par tout professionnel de santé mais **DOIT IMPERATIVEMENT ETRE VALIDEE PAR LE MEDECIN TRAITANT** (joindre courriers et traitements en cours). La commission EMPG informera le médecin demandeur du traitement de la demande.

**Toute demande incomplète ne sera pas examinée en commission.**

Demande à envoyer **UNIQUEMENT** par **MAIL** :

[psychogeriatrie.secretariat@bonsauveuralby.fr](mailto:psychogeriatrie.secretariat@bonsauveuralby.fr)

Domicile : .....  Nom de l'EHPAD et Date d'entrée : .....

## PATIENT

<u>Nom d'usage :</u>	<u>Prénom :</u>	<u>Nom de naissance :</u>
<u>Date de naissance :</u>	<u>Numéro de sécurité sociale</u>	<u>Lieu de naissance :</u>
<u>Adresse domicile ou Nom et adresse de l'EHPAD :</u>		<u>Téléphone :</u>
Vit seul(e) Présence d'un chien Présence d'arme	OUI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**DATE DE LA DEMANDE :** .....

<u>Demandeur :</u>  <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> IDE asalée <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> IPA	<input type="checkbox"/> SSIAD <input type="checkbox"/> DAC <input type="checkbox"/> Médecin Hospit <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste	<u>Coordonnées du demandeur :</u>
<u>Médecin traitant informé/ en accord avec la demande</u>  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Patient informé  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>Coordonnées du médecin :</u>  <u>Lien et Nom de la personne de confiance :</u> (Exemple Nom + : filles, fils, époux, épouse...) <u>Adresse :</u> <u>Téléphone :</u>		

## CADRE DE LA DEMANDE

Neuro-dégénératif <input type="checkbox"/>	Psychiatrique <input type="checkbox"/>	Mixte <input type="checkbox"/>
--	--	--------------------------------

### OBJECTIF DE LA DEMANDE

Évaluation troubles cognitivo-comportementaux <input type="checkbox"/>	Évaluation troubles psychiatriques <input type="checkbox"/>	Évaluation thérapeutique <input type="checkbox"/>
--	---	---

Décrire le contexte d'apparition ou de majoration des troubles et préciser la demande.

Actions déjà mises en place :

Aide-ménagère <input type="checkbox"/>	IDE <input type="checkbox"/>	DAC <input type="checkbox"/>	ESA <input type="checkbox"/>	HDJ <input type="checkbox"/>	Accueil de Jour <input type="checkbox"/>	CMP <input type="checkbox"/>	Hospitalisation <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	--	------------------------------	--

Traitement psychotrope testé et dernière ordonnance (à joindre) : Cause de l'arrêt du traitement :

### TROUBLES REPERES

<input type="checkbox"/> Agressivité/Opposition <input type="checkbox"/> Troubles anxieux <input type="checkbox"/> Troubles du comportement <input type="checkbox"/> Perte d'élan/ Repli <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs <input type="checkbox"/> Excitation/Euphorie	<input type="checkbox"/> Eléments délirants <input type="checkbox"/> Troubles amnésiques <input type="checkbox"/> Persécution <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Désorientation spatio-temporelle	<input type="checkbox"/> Troubles psychotiques <input type="checkbox"/> Incurie/Insalubrité/Diogène <input type="checkbox"/> Conflits familiaux <input type="checkbox"/> Mise en danger <input type="checkbox"/> Maintien à domicile difficile <input type="checkbox"/> Éléments dépressifs <input type="checkbox"/> Epuisement de l'aïdant
--	--	---

Autres :

Notion de violence intrafamiliale (VIF)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

Si oui, signalement en lien avec cette violence fait ou en cours ? (à transmettre)

## ANTECEDENTS OU COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION (à fournir)

Psychiatrique	Hospitalisation
Neuro-dégénératif	Hospitalisation
Comorbidité somatique	Hospitalisation

## PROTECTION JURIDIQUE

<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Habilitation familiale	<input type="checkbox"/> Curatelle	<input type="checkbox"/> Tutelle
Si Protection juridique			
NOM			

## PARTENAIRES COORDONNATEURS

<input type="checkbox"/> ASALEE	<input type="checkbox"/> CG	<input type="checkbox"/> SSIAD	<input type="checkbox"/> DAC
---------------------------------	-----------------------------	--------------------------------	------------------------------

## CABINET IDE LIBERAL OU SSIAD

Coordonnées :	Nombre de passage : .....
	<input type="checkbox"/> Aide à la toilette <input type="checkbox"/> Administration de traitement <input type="checkbox"/> Réalisation de pilulier <input type="checkbox"/> Surveillance particulière : .....

## SERVICE A DOMICILE

Prestataire de service	OUI - NON
Si oui, coordonnées :	
Nombres d'heures par mois :	
Motif d'intervention :	<input type="checkbox"/> Réalisation des repas <input type="checkbox"/> Entretien domicile <input type="checkbox"/> Stimulation <input type="checkbox"/> Garde
Autres services :	<input type="checkbox"/> Portage des repas <input type="checkbox"/> Téléassistance

