

# 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"/> <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> <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>
<b>Médecin traitant informé/ en accord avec la demande</b> <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>



## 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

