

DEMANDE D'INTERVENTION EQUIPE MOBILE DU CENTRE GERMAIN CASSAN

Missions de l'Équipe Mobile de Psychogériatrie :

L'Équipe Mobile de Psychogériatrie est composée **d'un médecin**, de **9 infirmiers** diplômés d'État spécialisés, une assistante sociale et un cadre de proximité formés à la gériatrie et à la psychiatrie du sujet âgé. Elle intervient auprès des **personnes âgées de 75 ans et plus** présentant une **pathologie psychiatrique**, ainsi qu'auprès des **patients âgés atteints d'une maladie neurodégénérative (maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée)** lorsque celle-ci s'accompagne de troubles du comportement.

L'Équipe Mobile intervient en appui des professionnels de premier recours afin de favoriser le maintien dans le lieu de vie. Elle réalise une **évaluation globale** de la situation du patient et de ses aidants, puis **formule des recommandations de prise en charge adaptées**, dans l'objectif d'améliorer le parcours de soins et de prévenir les situations de crise ou d'hospitalisation lorsque cela est possible.

L'Équipe mobile n'intervient pas dans des situations d'urgence.

À l'issue de cette évaluation, un **compte rendu** peut-être adressé au médecin traitant ou aux EHPAD lorsque des recommandations médicamenteuses et/ ou non médicamenteuses sont émises.

Le fonctionnement de l'Équipe Mobile repose sur une évaluation pluridisciplinaire. Selon les situations, le patient est évalué par les infirmiers de l'équipe, avec ou sans consultation du médecin. Les propositions thérapeutiques sont élaborées de manière collégiale en prenant en compte les souhaits du patient et ses possibilités d'implication lors des réunions de concertation entre les IDE et le médecin de l'équipe.

Le médecin de l'Équipe Mobile n'intervenant pas systématiquement auprès de chaque patient, il n'assure donc pas les prescriptions ni les renouvellements de traitements psychotropes.

Les recommandations thérapeutiques sont transmises au médecin traitant qui reste le prescripteur et demeure libre de les mettre en œuvre ou non selon son appréciation clinique.

Afin de pouvoir finaliser la demande, merci de nous transmettre les documents suivants :

- **Comptes rendus d'IRM et de scanner**
- **Comptes rendus psychiatriques, neurologiques et endocrinologiques**
- **Antécédant**
- **Derniers bilans sanguins**
- **Dernières ordonnances**

Ces éléments sont indispensables pour permettre à l'équipe de disposer de toutes les informations nécessaires lors de la réunion.

Toute demande incomplète ne sera pas examinée en commission

Demande à envoyer **UNIQUEMENT** par mail : psychogeriatrie.secretariat@bonsauveuralby.fr

NOM :

PRENOM:

DATE DE LA DEMANDE :

☐ DOMICILE Adresse :	☐ EHPAD Date d'entrée:..... Nom de l'EHPAD : Adresse : Numéro de Chambre :
---	---

PATIENT

Nom d'usage :	Nom de naissance :	Prénom :
Date de naissance :	Numero de sécurité sociale :	Téléphone :
Vit seul(e) Présence d'un chien Présence d'arme	Oui	Non

Demandeur : ☐ Médecin traitant ☐ Médecin Hospit ☐ Médecin spécialiste ☐ IDE ☐ DAC ☐ Autre.....		Coordonnées du demandeur :	
Médecin traitant informé / en accord avec la demande ☐ Oui ☐ Non		Patient informé ☐ Oui ☐ Non	
Coordonnées du médecin traitant :			
Nom et lien de la personne de confiance :	Adresse :	Téléphone :	

NOM :

PRENOM :

CADRE DE LA DEMANDE

Neuro-dégénératif ☐	Psychiatrique ☐	Mixte ☐
OBJECTIF DE LA DEMANDE		
☐ Évaluation troubles cognitivo- comportementaux	☐ Évaluation troubles psychiatriques	☐ Évaluation thérapeutique

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

Action déjà mises en place:

Aide-ménagère	IDE	DAC	ESA	HDJ	Accueil de Jour	CMP	Hospitalisation
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Traitement psychotrope testé et dernière ordonnance (à joindre)

Imagerie Cérébrale (IRM Scanner)

TROUBLES REPERES

☐ Eléments délirants ☐ Troubles amnésiques ☐ Persécution ☐ Isolement ☐ Troubles psychotiques ☐ Incurie/Insalubrité/Diogène	☐ Mise en danger ☐ Maintien à domicile difficile ☐ Éléments dépressifs ☐ Epuisement de l'aidant ☐ Troubles du comportement ☐ Agressivité/Opposition ☐ Conflits familiaux	☐ Désorientation spatio-temporelle ☐ Excitation/Euphorie ☐ Troubles cognitifs ☐ Perte d'élan/ Repli ☐ Autre.....
---	---	---

Notion de violence intrafamiliale (VIF)

OUI

☐

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

NOM :

PRENOM :

ANTECEDENTS OU COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION (à fournir)

Psychiatrique	Hospitalisation
Neuro-dégénératif	Hospitalisation
Comorbidité somatique	Hospitalisation

PROTECTION JURIDIQUE

☐ Non	☐ Habilitation familiale	☐ Curatelle	☐ Tutelle
Si Protection juridique			
NOM			

PARTENAIRES COORDONNATEURS

☐ ASALEE	☐ CG	☐ SSIAD	☐ DAC
---------------------------------	-----------------------------	--------------------------------	------------------------------

CABINET IDE LIBERAL OU SSIAD

Coordonnées	Nombre de passage : ☐ Aide à la toilette ☐ Administration de traitement ☐ Réalisation de pilulier ☐ Surveillance particulière :
-------------	---

SERVICE A DOMICILE

Prestataire de service	OUI - NON
Si oui, coordonnées :	
Nombres d'heures par mois :	
Motif d'intervention :	Réalisation des repas ☐ Entretien domicile ☐ Stimulation ☐ Garde
Autres services :	Portage des repas ☐ Téléassistance

DELIBERATION DE LA COMMISSION :

Date de la commission :	
Conclusion :	
Intervenants :	
Délai :	