

DEMANDE D'INTERVENTION EN EHPAD ÉQUIPE MOBILE DE PSYCHOGÉRIATRIE DU BON SAUVEUR

L'équipe mobile a pour mission d'intervenir dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées auprès de personnes atteintes de pathologies neuro-évolutives présentant des troubles cognitivo-comportementaux et/ou des troubles psychiatriques.

La présente demande peut être renseignée par tout professionnel de santé mais **doit impérativement être validée par le médecin 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 courriel sécurisé via **MEDIMAIL** : psychogeriatrie.secretariat@bonsauveuralby.fr

	DEMANDEUR	MEDECIN TRAITANT
DATE DE LA DEMANDE		
NOM		
ADRESSE POSTALE		
CONTACTS (téléphone et courriel)		
TAMPON (noter VALIDÉ si version numérique)		

RESIDENT.E		
NOM NAISSANCE	NOM USAGE	PRENOM
DATE NAISSANCE	LIEU NAISSANCE	N° SECURITE SOCIALE
NOM PERSONNE CONFIANCE	ADRESSE PERSONNE CONFIANCE	CONTACT PERSONNE CONFIANCE
MANDATAIRE (coordonnées)	RESIDENT·E INFORME·E	CHAMBRE/SECTEUR
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

MOTIF DE LA DEMANDE			
MOTIF DE LA DEMANDE	<input type="checkbox"/> Evaluation trouble cognitivo-comportementaux <input type="checkbox"/> Evaluation trouble psychiatriques <input type="checkbox"/> Evaluation globale  Préciser la demande Demande d'hospitalisation associée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
ELEMENTS DE CONTEXTE ELEMENTS DECLENCHEURS	 Décrire le contexte d'apparition ou de majoration des troubles		
TROUBLES REPERES	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <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"/> Désorientation spatio-temporelle <input type="checkbox"/> Éléments délirants </td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Persécution <input type="checkbox"/> Déambulation <input type="checkbox"/> Troubles psychotiques <input type="checkbox"/> Incurie/Insalubrité/Diogène <input type="checkbox"/> Désinhibition <input type="checkbox"/> Perte autonomie <input type="checkbox"/> Éléments dépressifs <input type="checkbox"/> Troubles mnésiques </td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> autre :	<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"/> Désorientation spatio-temporelle <input type="checkbox"/> Éléments délirants	<input type="checkbox"/> Persécution <input type="checkbox"/> Déambulation <input type="checkbox"/> Troubles psychotiques <input type="checkbox"/> Incurie/Insalubrité/Diogène <input type="checkbox"/> Désinhibition <input type="checkbox"/> Perte autonomie <input type="checkbox"/> Éléments dépressifs <input type="checkbox"/> Troubles mnésiques
<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"/> Désorientation spatio-temporelle <input type="checkbox"/> Éléments délirants	<input type="checkbox"/> Persécution <input type="checkbox"/> Déambulation <input type="checkbox"/> Troubles psychotiques <input type="checkbox"/> Incurie/Insalubrité/Diogène <input type="checkbox"/> Désinhibition <input type="checkbox"/> Perte autonomie <input type="checkbox"/> Éléments dépressifs <input type="checkbox"/> Troubles mnésiques		
ANTECEDENTS SOMATIQUES & PSYCHIATRIQUES			
TRAITEMENTS EN COURS	 joindre dernière ordonnance		
RESULTATS EXAMENS	 joindre derniers résultats		

CADRE RESERVE A LA COMMISSION EMPG

	<p>DATE DE LA COMMISSION :</p> <p>MEMBRES PRESENTS :</p>
<p>RESULTAT COMMISSION</p>	<p>Décision de la commission :</p> <p><input type="checkbox"/> Demande validée</p> <p><input type="checkbox"/> Demande validée avec délais de :</p> <p><input type="checkbox"/> Demande refusée</p> <p>Motif du refus :</p> <p><input type="checkbox"/> Critères d'inclusion non valides</p> <p><input type="checkbox"/> Fiche incomplète</p> <p><input type="checkbox"/> Hors missions équipe mobile</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>Proposition de la commission</p>