

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE EXTRA-HOSPITALIERE Pour les personnes âgées de 75 ans et plus

Mail : emgt@ch-aubagne.fr

Téléphone : 06 76 71 72 27

<p>DATE DE LA DEMANDE :</p> <p>Identité et coordonnées du demandeur :</p>	<p><input type="checkbox"/> Accord du patient ou représentant légal pour la visite à domicile</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin traitant prévenu</p> <p><input type="checkbox"/> Entourage prévenu</p>
---	---

<u>Informations patients :</u>	
Nom d'usage :	Mesure de protection :
Nom de naissance/état civil :	Type de mesure :
Prénom :	Nom et tel du mandataire :
Date de naissance :	
Adresse :	Aidant principal
	Lien de parenté :
Téléphone :	Téléphone/mail :
Personne de confiance si différente de l'aidant : nom et coordonnées	
.....	
.....	

Environnement du patient :

Habitat :

- Logement inadapté, problème d'accessibilité, isolement, isolement géographique
- Incurie, encombrement, insalubrité
- Présence de nuisibles
- Présence d'armes à feu à domicile
- Autres :

Intervenants professionnels du domicile :		
Fonction	Nom-prénom	Coordonnées
Médecin traitant		
Médecin spécialiste		
IDEL/SSIAD		
Service d'aide à domicile		
Autres professionnels		
Connu du : <input type="checkbox"/> Pôle Info Senior <input type="checkbox"/> Fil Rouge Alzheimer <input type="checkbox"/> Autre équipe mobile (précisez laquelle)		

A renvoyer par mail : emgt@ch-aubagne.fr

