

**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

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

<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

