

**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
Fax : 04 42 84 71 64

DATE DE LA DEMANDE : ☐ Médecin traitant : ☐ Autre, préciser : Coordonnées du médecin traitant Nom : Tél : Ordonnance des médicaments à faxer si possible avec la demande	IDENTITE DU DEMANDEUR : ☐ Médecin traitant prévenu Prénom : Mail :
--	--

Informations patient

Nom d'usage :	Nom de naissance / état civil :
Prénom :	Sexe :
Date de naissance :	
Adresse :	
Téléphone :	
Mesure de protection : ☐ Oui ☐ Non	Type de mesure :
Nom et tel du mandataire :	
Aidant principal :	Lien de parenté :
Téléphone :	Mail :
Personne de confiance si différente de l'aidant : nom et coordonnées	

Motif de demande d'intervention :

- ☐ Evaluation globale médico-psycho-social initiale
☐ Suivi après évaluation initiale

Eléments de contexte cliniques et psycho-social :

- ☐ Troubles du comportement :
☐ Troubles cognitifs :
☐ Troubles de la mobilité : ☐ Perte d'autonomie ☐ Troubles de l'équilibre
☐ Chute
☐ Problématique sociale :
☐ Iatrogénie
☐ Problème éthique :
☐ Autre :

Votre patient (ou son représentant légal) accepte-t-il la proposition d'une évaluation à domicile : ☐ OUI ☐ NON
--

Partie réservée à l'EMGT

VISITE PROGRAMMEE LE :
AVEC :

A renvoyer par mail ou par fax : emgt@ch-aubagne.fr - Fax : 04 42 84 71 64