

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 :

IDENTITE DU DEMANDEUR :

☐ Médecin traitant :

☐ Autre, préciser :

☐ Médecin traitant prévenu

Coordonnées du médecin traitant : Nom –Prénom :

Tel : Mail :

Ordonnance des médicaments à faxer si possible avec la demande

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

Éléments 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

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