

Pour des personnes âgées de 75 ans et plus Avec au moins 2 critères ci-dessous

Demande à faxer au 7 95 36 ou Mail : emgih@chu-tours.mmssanté.fr

Date de la demande :

Médecin référent (Nom et coordonnées) :

Etiquette
Patient

+ ADL :

- Présence de troubles cognitifs** : Diagnostic connu de démence, syndrome confusionnel, ou troubles cognitifs avec perte de mémoire des faits récents +/- troubles de l'orientation temporo spatiale relevés par les soignants de l'unité
- Troubles de la marche, difficultés de transferts ou chutes**
- Polymédication** : utilisation de 5 médicaments ou plus
- Antécédents d'hospitalisation** (3 mois) **ou d'admission aux urgences** (1 mois)
- Évaluation fonctionnelle réalisée par une infirmière** (cf ADL dans DPP)
Perte d'autonomie présence si diminution d'au moins 2 points dans l'échelle ADL entre l'évaluation et les 15j précédents l'admission

COMMENTAIRES