

**DEMANDE INTERVENTION  
ÉQUIPE MOBILE GÉRIATRIQUE EXTRA-HOSPITALIÈRE  
Pour des personnes âgées de 75 ans et plus**



Date de la demande :

Identité du demandeur (nom et coordonnées) :

**Informations patient :**

Nom usage:

Nom naissance :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

**Informations administratives :**

Médecin traitant :

Téléphone :

Aidant principal :

(lien de parenté :

) Téléphone :

**Motif de la demande (choisir entre les 2 demandes possibles)**

**1 : personne en perte d'autonomie (ADL de 1 à 4), au moins 2 critères parmi (grille ADL en annexe):**

	Oui	Non	Si oui, préciser votre demande
Demande d'évaluation gériatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Demande d'évaluation psychiatrique de la personne âgée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Demande d'évaluation sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Demande d'évaluation ergothérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**2 : personne autonome (ADL ≥ 5 /6) (Source : HAS, 2013):**

	Oui	Non	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (> 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions : votre patient vous paraît-il fragile :  OUI  NON

**Votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation à domicile :  OUI  NON**

*Demande à nous retourner par mail (emgeh@chu-tours.mssante.fr), par fax (02-34-38-95-36)  
ou par téléphone (02-47-47-97-02).*

## Annexe : Échelle ADL

Veillez trouver ci-dessous, l'échelle ADL afin de vous aider à compléter le formulaire de demande.  
Le remplissage de cette grille n'est pas obligatoire pour pouvoir nous adresser une demande.

<b>Toilette</b>	Aucune aide	1
	Aide pour une seule partie du corps	0.5
	Aide pour plusieurs parties du corps ou toilette impossible	0
<b>Habillage</b>	Aucune aide	1
	Aide pour lacer ses chaussures, boutonner, fermer une fermeture éclair	0.5
	Aide pour prendre ses vêtements ou s'habiller	0
<b>Aller au WC (se déplacer, s'essuyer et se rhabiller)</b>	Aucune aide humaine (peut utiliser canne, fauteuil roulant, ...)	1
	Besoin d'une aide	0.5
	Ne va pas au WC	0
<b>Transfert/locomotion</b>	Aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise, se déplacer (peut utiliser une aide technique de marche)	1
	Besoin d'aide	0.5
	Ne quitte pas le lit	0
<b>Continence</b>	Contrôle complet urine et selle	1
	Incontinence occasionnelle	0.5
	Incontinence totale, nécessité de sondage ou surveillance permanente	0
<b>Alimentation</b>	Aucune aide	1
	Aide pour couper la viande ou beurrer le pain	0.5
	Aide complète ou alimentation artificielle	0

Note : La notion « d'aide » correspond à de l'aide humaine.

Score total \_\_\_/6

**Commentaires :**