

**DEMANDE INTERVENTION  
ÉQUIPE MOBILE GÉRIATRIQUE INTRA-HOSPITALIÈRE  
Tel secrétariat 7 97 02**



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

**Demande à faxer au 7 95 36**

**Date de la demande :**

**Identité du demandeur (Nom et coordonnées) :**

**Identité du patient :**

Nom :

Prénom :

OU

Date de naissance :

IPP :

Étiquette  
Patient

- 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**