

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



DATE DE LA DEMANDE :

IDENTITE DU DEMANDEUR : Médecin traitant Autre, préciser :

Coordonnées médecin traitant : Dr

Téléphone :

Informations patient :

Nom usage:

Nom naissance :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Informations administratives :

Aidant principal :

(lien de parenté :

) Téléphone :

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

Veuillez trouver ci-dessous, l'échelle ADL afin de vous aider à compléter le formulaire de demande.

Toilette	Aucune aide	1
	Aide pour une seule partie du corps	0.5
	Aide pour plusieurs parties du corps ou toilette impossible	0
Habillage	Aucune aide	1
	Aide pour lacer ses chaussures, boutonner, fermer une fermeture éclair	0.5
	Aide pour prendre ses vêtements ou s'habiller	0
Aller au WC (se déplacer, s'essuyer et se rhabiller)	Aucune aide humaine (peut utiliser canne, fauteuil roulant, ...)	1
	Besoin d'une aide	0.5
	Ne va pas au WC	0
Transfert/locomotion	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
Continence	Contrôle complet urine et selle	1
	Incontinence occasionnelle	0.5
	Incontinence totale, nécessité de sondage ou surveillance permanente	0
Alimentation	Aucune aide	1
	Aide pour couper la viande ou beurrer le pain	0.5
	Aide complète ou alimentation artificielle	0
SCORE TOTAL		___/6

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

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

MOTIF DE LA DEMANDE (choisir entre les 2 demandes possibles)

Si ADL compris entre 1 et 4, compléter le formulaire ci-dessous

	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"/>	

Si ADL égal à 5 ou 6, compléter le formulaire ci-dessous (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"/>
<i>Si vous avez répondu OUI à une de ces questions : votre patient vous paraît-il fragile : <input type="checkbox"/>OUI <input type="checkbox"/>NON</i>			

Commentaires :