

DEMANDE INTERVENTION
ÉQUIPE MOBILE GÉRIATRIQUE EXTRA-HOSPITALIÈRE
Pour des personnes âgées de 75 ans et plus
Responsable Dr Danièle KAYA-VAUR



DATE DE LA DEMANDE :
 IDENTITE DU DEMANDEUR : Médecin traitant Médecin Coordinateur 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, | 1 |
| | se déplacer (peut utiliser une aide technique de marche) 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.dcz@ght-rouergue.fr), par fax (05.65.43.66.20)
 ou par téléphone (05.65.43.71.08).*

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 | | | |
| Demande d'évaluation psychiatrique de la personne âgée | | | |
| Demande d'évaluation sociale | | | |
| Demande d'évaluation ergothérapeutique | | | |

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 ? | | | |
| Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ? | | | |
| Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ? | | | |
| Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ? | | | |
| Votre patient se plaint-il de la mémoire ? | | | |
| Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (> 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ? | | | |

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

Commentaires :

*Demande à nous retourner par mail (emg.dcz@ght-rouergue.fr), par fax (05.65.43.66.20)
ou par téléphone (05.65.43.71.08).*