



Centre
Hospitalier
de Saumur

Demande de prise en charge gériatrique

Ce formulaire peut être transmis, accompagné de la dernière ordonnance :
 par email : secretariat.medecinegeriatriquepolyvalente@ch-saumur.fr
 par fax : 02.41.53.30.12
 par courrier postal : Service de Médecine Polyvalente Gériatrique
 Centre Hospitalier de Saumur
 Route de Fontevraud BP 100
 49400 SAUMUR CEDEX 1

Date :

Merci de nous joindre, dans la mesure du possible, tout document aidant à la prise en charge de votre patient (ordonnances, biologies, compte-rendu d'imagerie, ...)

DEMANDEUR	MOTIF D'HOSPITALISATION	ETIQUETTE PATIENT ou
Nom : <input type="checkbox"/> Médecin Traitant <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> SAU <input type="checkbox"/> Médecine <input type="checkbox"/> CCL Téléphone :	<input type="checkbox"/> Décompensation d'organe : <input type="checkbox"/> cardiovasculaire <input type="checkbox"/> respiratoire <input type="checkbox"/> digestif <input type="checkbox"/> neuropsychiatrique <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> Social	NOM : Prénom : Date naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Adresse : Code Postal : Ville : Tel : Médecin traitant : Personne référente : Tel. personne référente :

PATIENT

<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Age ≥ 85 ans <input type="checkbox"/> Nombre de médicaments différents / jours ≥ 5 <input type="checkbox"/> Isolement social et / ou familial	<input type="checkbox"/> Antécédent de chute dans les 6 derniers mois <input type="checkbox"/> Incapable de donner le mois et l'année en cours
---	---

LIEU DE VIE : Domicile accompagné(e) Domicile seul(e) Résidence service EHPA/FL EHPAD

Score MMSE = /30 GIR = /6

IADL : Utilisation du téléphone Utilisation de moyens de transport Responsabilité du traitement Gestion du budget

ADL : Fait seul(e) sa toilette S'habille seul(e) Continent(e) Se déplace sans aide Mange seul(e)

DEMANDE

Problématique :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Intervention demandée : <input type="checkbox"/> Avis thérapeutique <input type="checkbox"/> aide diagnostique <input type="checkbox"/> Aide à l'orientation <input type="checkbox"/> Info / conseils Modalité souhaitée : <input type="checkbox"/> EMG <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Hospitalisation Degré d'urgence selon demandeur : <input type="checkbox"/> Dans la semaine <input type="checkbox"/> Dans les 15 jours <input type="checkbox"/> Dans le mois <input type="checkbox"/> Sans urgence	SIGNATURE ET TAMPON DEMANDEUR
---	--

CADRE RESERVE AU SERVICE DE GERIATRIE

INTERVENTION :

Présentation en RCP

Conseil téléphonique

EMG

Consultation : EMG EMG + AS Médecine Gériatrique Cs mémoire Cs Onco-Gériatrique

Hospitalisation : HdJ UPUG MPG Cardio-Gériatrie SSR (+ Trajectoire)

DEGRE D'URGENCE SELON PH : 1 (sans urgence) 2 3 4 5 (très urgent)