

Demande de prise en charge gériatrique

logo CH de Saumur

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 |
|---|---|---|
| <u>Nom</u> : <small>.....</small> | <input type="checkbox"/> Décompensation d'organe : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> cardiovasculaire <input type="checkbox"/> respiratoire <input type="checkbox"/> digestif <input type="checkbox"/> neuropsychiatrique <input type="checkbox"/> autre | <u>NOM</u> : |
| <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 | | <u>Prénom</u> : |
| <u>Téléphone</u> : | <input type="checkbox"/> Social | <u>Date naissance</u> : <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u>Adresse</u> : |
| | | <u>Code Postal</u> : <u>Ville</u> : |
| | | <u>Tel</u> : |
| | | <u>Médecin traitant</u> : |
| | | <u>Personne référente</u> : |
| | | <u>Tel. personne référente</u> : |

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

| |
|------------------------------|
| <u>Problématique</u> : |
| |
| |
| |
| |
| |

Intervention demandée : Avis thérapeutique aide diagnostique
 Aide à l'orientation Info / conseils

SIGNATURE ET TAMPON DEMANDEUR

Modalité souhaitée : EMG Consultation Hospitalisation

Degré d'urgence selon demandeur : Dans la semaine Dans les 15 jours
 Dans le mois Sans urgence

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)