

logo CH 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)