

FICHE D'ORIENTATION EMGPI
(Equipe Mobile de Géronto Psychiatrie Intersectorielle)

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom et Prénom : _____ Date de la demande : _____
Fonction/Qualité/Lien : _____
Mail : _____
Tél : _____

IDENTITE DE LA PERSONNE

Nom usuel : _____ Nom de naissance : _____ Prénom : _____
Date et lieu de naissance : _____ Age : _____
Adresse : _____ Téléphone : _____
Code postal/ville : _____ Mail : _____
N° sécurité sociale : _____

Situation familiale : Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Célibataire Nombre d'enfants : _____

Aidants – Personnes ressources :

Nom/Prénom	Lien	Téléphone	Mail

Médecin traitant : _____ Coordonnées : _____
Protection juridique : Oui Non En cours Si oui, Coordonnées : _____

Intervenants/Aides en cours :

APA : Oui Non En cours Nombre d'heures : _____
IDE Psychologue
SSIAD CCAS Kinésithérapeute ESA
Accueil de jour CLIC Orthophoniste
Portage des repas CMP DAC Autres :

MOTIF DE LA DEMANDE --- ACTIONS EFFECTUEES ET/OU ENVISAGEES

ANTECEDENTS ET HOSPITALISATIONS PSYCHIATRIQUES :

ANTECEDENTS ET HOSPITALISATIONS SOMATIQUES :

PRECISIONS

Perte d'autonomie récente :

GIR :

- Troubles cognitifs (diagnostiqués ou non) :

- Troubles psycho-comportementaux :

- Chutes :

- Troubles de la nutrition :

- Refus de soins et/ou d'aides

- Absence et/ou discontinuités des soins

- Aides et/ou soins inadaptés

- Epuisement de l'aidant

Merci de fournir les dates des consultations passées et à venir, MMS, imageries et bilans sanguins de moins de 15 jours

→ La personne concernée par la demande est-elle informée ? Oui Non

→ La famille est-elle informée ? Oui Non

→ Le médecin traitant est-il informé ? Oui Non

→ Présence du demandeur ou personne ressource lors de la première visite ? Oui Non

TELEMEDECINE

Type d'acte demandé Téléconsultation Téléexpertise
Consentement du patient Oui, Oral Oui, Ecrit Non
Accord du médecin traitant Oui Non
Famille présente pour la téléconsultation Oui Non

Eléments joints au dossier :

Document d'identité Copie de la carte vitale Copie de la carte mutuelle

Traitement en cours :

Description du trouble du comportement qui pose problème :

Eléments pertinents joints au dossier :

Ordonnance Oui Non
DLU Oui Non
ECG Oui Non
Examens biologiques Oui Non
Tests NPI-ES Oui Non
Test MMS Oui Non

Autres éléments :

Demande à transmettre par mail :

emgpi@ch-cadillac.fr