EQUIPE MOBILE DE GERONTOPSYCHIATRIE

-DEMANDE D'EVALUATION GERONTO-PSYCHIATRIQUE (Age 75 ans et plus) -

Fiche à adresser par fax ou courrier interne au secrétariat de l'EMGP
Ou par mail à emgp@ch-cesame-angers.fr

☎: 02.41.80.78.48 Date de la demande :
Fax : 02.41.80.76.36

PATIENT NOM …… Prénom……..

N° de sécurité sociale :……..

Date de naissance…… Lieu de naissance…….

Adresse……Tel :……

Médecin traitant……. Tel : …… Mail : …….

Personne de confiance/Référent familial :

Nom prénom……..…Téléphone…….

Mandataire judiciaire : Oui □ Non □ Type :…….. Nom/ ☎:…….

ORIGINE DE LA DEMANDE

□ CESAME SECTEUR : UNITE :

□ PARTENAIRE EXTERIEUR

Nom du médecin référent de la demande : …….

Contacts : ……

Psychiatre référent (si existant) : …….

Pour que notre intervention soit réalisable :

- **La demande doit être médicale,**
- **La personne doit être informée de la demande et accepter une évaluation géronto-psychiatrique.**
  - Personne informée □
  - Personne consentante □

Si la situation l'exige, autorisez-vous le médecin psychiatre ou l'infirmière en Pratique Avancée à rédiger la prescription médicale en lien avec le traitement psychotrope ?

- Oui □
- Non □

V. 2023.12.04

MOTIFS DE LA DEMANDE D'EVALUATION
(APRES EVALUATION SOMATIQUE OBLIGATOIRE)

Troubles présentés : Anxiété □ Dépression □ Idées suicidaires □
Manifestations psychotiques (hallucinations, idées délirantes…) □
Troubles des fonctions instinctuelles (sommeil, appétit) □ Symptômes maniaques □
Agitation/agressivité □ Apathie □ Troubles de la mémoire associés □

COMMENTAIRES :

Attente de la demande : Avis diagnostic □ Avis thérapeutique □ Suivi psychiatrique□

- INFORMATIONS NECESSAIRES -

- BILAN GERIATRIQUE RECENT (bilan sang-scanner-autres) ? Oui □ Non □

  date :……

  Si oui merci de nous fournir les documents

- ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES - **Si OUI - LESQUELS ?**

……
……
……

- ANTECEDENTS SOMATIQUES **Si OUI - LESQUELS ?**

……
……
……

- TRAITEMENTS PSYCHOTROPES Oui □ Non □

(Joindre copie de l'ordonnance complète des traitements SOMATIQUE et PSYCHOTROPE)

- Y A-T-IL EU DES CONTACTS RECENTS POUR CETTE SITUATION, AVEC DES ACTEURS DU MEDICO-SOCIAL ?

Si OUI - AVEC QUI ?

……

Coordonnées :

……

……

- PLACE DE LA FAMILLE : COOPERANTE □ CONFLICTUELLE □ ABSENTE □