

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EMG EXTRAHOSPITALIERE

pour les résidents/patients de plus de 75 ans

Tel : 04.90.91.56.45

Mail : emgeh@hdpdc.fr (privilégier le retour par mail, merci)

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS PATIENTS

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tél patient(e) : _____

N° SS : _____

Médecin traitant et mail : _____

Personne à contacter : _____

Lien de parenté / entourage (nom) : _____

Nom / Prénom : _____

N° tél : _____

Mail : _____

DEMANDEUR

Nom de l'établissement : _____

Nom / Prénom du demandeur : _____

Fonction : _____

N° tél demandeur : _____

Mail : _____

Nom du médecin coordinateur et mail : _____

OBJET DE LA DEMANDE

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> EVALUATION GERIATRIQUE STANDARDISEE | <input type="radio"/> SOINS PALLIATIFS |
| <input type="radio"/> BILAN DE CHUTES | <input type="radio"/> TROUBLES DU COMPORTEMENT
(Hors psychiatrie) |
| <input type="radio"/> AIDE AU RETOUR AU LIEU DE VIE | <input type="radio"/> AUTRES (à détailler svp) : |
| <input type="radio"/> PLAIE COMPLEXE/POSITIONNEMENT | |
| <input type="radio"/> EVALUATION ERGOTHERAPIQUE | |
| <input type="radio"/> EVALUATION SOCIALE | |
| <input type="radio"/> FIN DE VIE | |

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Aides en place / ressources de l'établissement :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> IDEL | <input type="radio"/> ESA | <input type="radio"/> Ergothérapeute |
| <input type="radio"/> Kinésithérapeute | <input type="radio"/> SPASAD | <input type="radio"/> Psychologue |
| <input type="radio"/> Auxiliaire de vie | <input type="radio"/> Portage des repas | <input type="radio"/> Autres (à préciser svp) : |
| <input type="radio"/> SSIAD | <input type="radio"/> Diététicienne | |

Date de sortie si dernière hospitalisation < 1 mois :

CADRE RESERVE A L'EMGEH

DATE DE LA DEMANDE : _____ **ENREGISTREMENT DE LA DEMANDE LE :** _____

REPONSE DE LA DEMANDE LE : _____ **N°DOSSIER et SUIVI :** _____