

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EMG EXTRAHOSPITALIERE
pour les résidents/patients de plus de 75 ans
ACCORD MEDECIN TRAITANT OBLIGATOIRE

Tel : 04.90.91.56.49

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

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS PATIENTS

Nom : Personne à contacter :
Nom de jeune fille : Lien de parenté / entourage (nom) :
Prénom : Nom / Prénom :
Date de naissance : N° tél :
N° SS : Mail :

DEMANDEUR

Nom et tel de l'établissement :
Médecin traitant qui nous sollicite :
N° tél : Lien avec IGU
Nom du médecin coordonnateur et jours de présence : Lien avec EMG IH
Lun Mar Mer Jeu Ven Lien avec CSG
Nom du cadre ou IDEC de l'établissement et jours de présence :
Lun Mar Mer Jeu Ven
Nom du psychologue de l'établissement et jours de présence :
Lun Mar Mer Jeu Ven

OBJET DE LA DEMANDE

- EVALUATION GERIATRIQUE STANDARDISEE AUTRES (à détailler svp) : prescription hospitalière
 BILAN DE CHUTES
 PLAIE COMPLEXE/POSITIONNEMENT
 EVALUATION ERGOTHERAPIQUE
 EVALUATION SOCIALE
 TROUBLES DU COMPORTEMENT (Joindre NPI ES)

Merci de nous joindre systématiquement : BS, Transmission, traitements en cours et ATCD

Ressources et moyens déjà mis en place par l'établissement :

- Kinésithérapeute Autres (à préciser svp) :
 Ergothérapeute
 Psychomotricien
 Date de sortie si dernière hospitalisation < 1 mois :

CADRE RESERVE A L'EMGEH

PRE-DEMANDE LE :
ENREGISTREMENT DE LA DEMANDE (DOSSIER COMPLET) LE :
N°DOSSIER et SUIVI :