

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EMG EXTRAHOSPITALIERE

pour les résidents/patients de plus de 75 ans

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 : **Accord indispensable du médecin traitant**
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

- ☐ TROUBLES DU COMPORTEMENT (Joindre NPI ES)
☐ BILAN DE CHUTES
☐ PLAIE COMPLEXE/POSITIONNEMENT
☐ EVALUATION ERGOTHERAPIQUE
☐ HOSPITALISATION
☐ HDJ (transfusion...)
☐ PRESCRIPTION HOSPITALIERE (type Difcilir)
☐ FACILITER L'ACCES AUX SOINS :
(scanner, dentaire, ortho...)
☐ AUTRES (à détailler svp) :

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

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

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

CADRE RESERVE A L'EMGEH

Pré Enregistrement : ENREGISTREMENT :
N°DOSSIER et DATE DES INTERVENTIONS :