HOPITAUX DES PORTES DE CAMARGUE
Rte d'Arles
13150 TARASCON

CENTRE HOSPITALIER JOSEPH IMBERT
Quartier Fourchon
13637 ARLES

SERVICE EMG-EH – Equipe Mobile de Gériatrie Extra Hospitalière
Chef de service : Dr Catherine LEVRAUD
Médecin Responsable : Dr Khadija PINCHON
Cadre de Santé : Mme Rosa Martinez
Secrétariat : 04.90.91.56.49 Mail : emgeh@hdpdc.fr

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ÉVALUATION DE L'EMG EH D'ARLES

Critères d'inclusion>75 ans

Nom : ……
Prénom : ……
Nom de jeune fille : ……
Date de naissance : ……

Conditions de vie

Vit seul (e) □ oui □ non □ Appartement □ Maison □ Chien

Adresse : ……
Téléphone : ……

Date de la demande : ……

Accord du patient et de la famille de l'intervention de l'EMG EH

Médecin traitant :

Nom : ……
Téléphone : ……
Mail : ……

Aidant principal :

Nom : ……
Adresse : ……
Téléphone : ……
Mail : ……

Problématique :
□ EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée.
□ Faciliter l'accès aux soins : Consultations quand c'est possible. (Urologie, ORL, Viscéral, Orthopédie…) Scanner, Dentiste…
□ Evaluation ergothérapique : prévention, adaptation du logement.
□ Autres (à préciser, n'hésitez pas à nous contacter au besoin)

PRÉ DEMANDE LE :
ENREGISTREMENT DE LA DEMANDE (DOSSIER COMPLET) LE :
N° DOSSIER ET SUIVI :

Nous n'intervenons pas en urgence, accord du médecin traitant indispensable.