

INFORMATIONS OBLIGATOIRES

Bénéficiaire concerné par la demande	
Identité et informations	Adresse
NOM, prénom :	Rue :
Nom de naissance	
Date de naissance :	Code postal :
	Ville :
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Téléphone :
Professionnel à l'origine de la demande	
NOM, prénom :	Fonction :
Structure :	
<input type="checkbox"/> Je souhaite un échange téléphonique avec le médecin de l'équipe mobile de gériatrie après l'intervention à domicile	
<i>*Pour chaque intervention de l'EMG un compte-rendu écrit vous sera transmis</i>	Coordonnées téléphoniques :
Objet/Motif de la demande	
<input type="checkbox"/> Aggravation des troubles cognitifs	<input type="checkbox"/> Aggravation des troubles du comportement
<input type="checkbox"/> Chutes	<input type="checkbox"/> Sortie d'hospitalisation sans EGS chez un patient nécessitant un plan de soins personnalisé
<input type="checkbox"/> Patient isolé/difficultés d'accès aux soins	
Autres motifs :	
Le consentement de la personne a-t-il été collecté ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

INFORMATIONS FACULTATIVES

Personne ressource du bénéficiaire			
NOM, prénom :	Protection juridique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Lien avec la personne :	Type de mesure :		
Téléphone :	Représentant légal :		
Mail :			
Informations complémentaires			
Situation familiale :	Nombre d'enfants :		
GIR :	Conduit sa voiture : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Inscription en EHPAD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Où :		
Bénéficiaire de : <input type="checkbox"/> ADPA <input type="checkbox"/> PCH <input type="checkbox"/> Autres :			
Intervenant(s) du domicile :	Nom Prénom /Structure	Téléphone	Fréquence
Médecin traitant			
SSIAD			
SAD			
Portage des repas			
ESA			
IDE			
SDA			
Autre :			