

Date de la demande : / /

A faxer au 02.41.20.55.92 ou envoyer par mail

à l'adresse suivante : [dominique.lanier@vyv3.fr](mailto:dominique.lanier@vyv3.fr)Demandeur :  Médecin traitant  Médecin coordonnateur 

autres : .....

Nom : ..... Tél. : .....

Identité du patient :

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Lieu de vie :  Domicile  EHPAA/Rés. Autonomie  EHPAD

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Mesure de protection juridique :  oui  non

Si oui, laquelle : .....

Personne référente : .....

Téléphone : .....

Médecin traitant : .....

Motif de la demande :

Troubles présentés :  anxiété  dépression  manifestations psychotiques (hallucinations, idées délirantes...)  troubles des fonctions instinctuelles (sommeil, appétit)  comportement moteur aberrant (déambulation, errance, manifestations répétitives...)  auto-hétéro agressivité  désinhibition  agitation / apathie  troubles de la mémoire  désorientation temporo-spatiale  troubles du langage  troubles praxiques  troubles du jugement  troubles de l'attention  anosognosie

Commentaires : .....

.....

.....

.....

.....

EGS-courte :  Antécédent de chute dans 6 derniers mois  Incapacité à donner le mois ou l'année en cours Homme  >85 ans  ≥5 médicaments différents / jour Isolement social et / ou familialMaladie d'Alzheimer ou apparentée :  oui  non Si oui laquelle : .....

Suivi par : ..... Date du diagnostic : .....

Antécédents : .....

.....

.....

.....

Antécédents psychiatriques : .....

.....

.....

Traitements actuels : **Merci de joindre une copie de la dernière ordonnance**

.....

.....

Historique des traitements psychotropes : .....

.....

.....

Résultats biologiques : **dernières biologies à joindre à la demande**

Intervention(s) souhaitée(s) :

Délai d'intervention souhaité : .....

 Visite sur le lieu de vie  Aide diagnostique  Avis thérapeutique  Aide à l'orientation  Informations / conseilsCadre réservé à l'EMPCC : Visite dans le lieu de vie :  oui  non Si non quelle proposition : ..... Délaisd'intervention : ..... Intervenants :  Gériatre  Psychiatre  Interne DES Gériatrie  Interne DES Psychiatrie IDE  IDE psy  ASG  Ergothérapeute  Psychomotricien  Psychologue Accord du médecin traitant obtenu Accord de la famille obtenu