

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

POUR DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

AU CENTRE RESSOURCE RÉGIONAL DE PSYCHIATRIE DU SUJET ÂGÉ

à adresser par mail à : crr.psa@aphp.fr

Secrétariat du Centre Ressource Régional : 01.58.00.41.11/47.54

DATE DE LA DEMANDE : / /

NOM ET PRÉNOM DU PATIENT :

Date de naissance : / /

Situation familiale :

Adresse :

Téléphone :

COORDONNÉES D'UNE PERSONNE A PRÉVENIR :

Lien avec le/la patient(e) :

Nom / Prénom :

Tél :

Mesure de protection juridique : oui non en cours Si oui, précisez :

NOM ET PRÉNOM DU MÉDECIN ADRESSEUR :

➔ Adresse mail et téléphone du médecin obligatoires :

Adresse postale :

Lieu : CONSULT LIBÉRALE CMP HOPITAL SECTEUR UGA SSR AUTRE :

Spécialité : Psychiatre Gériatre Neurologue Médecin traitant Autre spécialité (à préciser) :

➔ NOUS NE RETENONS PAS LES DEMANDES D'HOSPITALISATION ÉMANANT D'UN SERVICE D'URGENCES

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

MOTIFS DE LA DEMANDE : dépression anxiété risque suicidaire symptômes psychotiques

abus de substance troubles du comportement intrication neuropsychiatrique

Préciser :

En cas de troubles du comportement :

agitation agressivité apathie obsessions/compulsions risque de fugue, de déambulation

ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES / HISTOIRE DE LA MALADIE / HISTORIQUE DES TRAITEMENTS :

MODE DE VIE ET PROJET SOCIAL

Habitat : appartement/maison EHPAD foyer logement autre (précisez) :

Entourage familial et social : vit seul (e) aide-ménagère auxiliaire de vie portage des repas

personnel paramédical (précisez) :

suivi par un réseau gérontologique et/ou un CLIC – si oui, lequel :

Devenir social : retour à domicile aides à prévoir orientation en EHPAD à prévoir

En cas de service hospitalier adresseur : Accepteriez-vous de ré-accueillir le/la patient(e) dans votre service si nécessaire au terme des 3 semaines d'hospitalisation d'évaluation ? oui non

MMSE ou MOCA à joindre obligatoirement Score total :

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE ACTUELLE DU PATIENT

Marche : seul(e) avec aide (humaine, déambulateur...)

Transfert : seul(e) avec aide

Alimentation : seul(e) avec aide

Hygiène : seul(e) avec aide

Troubles vésico-sphinctériens : oui non

Respiration : normale appareillage, si oui lequel (oxygénothérapie, trachéotomie...) :

État sensoriel :

Vue : normale altérée appareillée

Ouïe : normale altérée appareillée

Risque infectieux oui non type d'infection :

MODALITÉ DE PRISE EN CHARGE SOUHAITÉE

- Consultation d'évaluation pluridisciplinaire (infirmier, psychiatre, psychologue et neuropsychologue) sur deux demi-journées
- Hospitalisation expertale d'une durée inférieure à 3 semaines
- Télé-expertise (via SKYPE ou ORTIF)

➡ **Merci d'adresser la demande par mail et de joindre systématiquement
l'ordonnance du traitement et les comptes rendus**