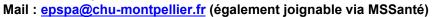
FICHE DE DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EPSPA

Équipe Parcours Santé Personnes Âgées

Horaires du lundi au vendredi de 9h à 18h, et week-end/JF de 9h à 12h

Téléphone: 04 67 33 53 66 / Fax: 04 67 33 53 69







Identification du patient et de son en	tourage				
Nom et prénom :	Date de naissance :				
Lieu de vie: EHPAD / USLD / FAM	Domicile / Résidence sénior				
Nom établissement :	Adresse:				
Nom / coordonnées médecin généralist	Téléphone du patient : Nom/Prénom Famille / Aidant IDEL / kiné / SSIAD e :				
Le médecin généraliste consent-il à la c	demande: Oui Non, pourquoi?				
Le patient consent-il à la demande :	Oui Non, pourquoi ?				
Identification du professionnel à l'orig	gine de la demande				
Nom du demandeur :	Date de la demande :				
Fonction:	Numéro de teléphone :				
Motifs du recours à l'EPSPA (plusieurs	s motifs peuvent être cochés) :				
_	ont un <u>avis gériatrique urgent</u> ou une <u>hospitalisation</u> (hors urgences 04 67 33 53 66 (Lundi au Vendredi, 9h-18h, et Week-end/JF, 9h-12h).				
 Évaluation d'une situation gériatrique reperte d'autonomie, troubles cognitfis, prob Situation complexe à domicile (hors E Troubles du comportement ou psychia Décision d'une prise en charge spécifie 	veuillez remplir le formulaire ci-dessous : ressentie comme complexe : douleur, plaie, troubles métaboliques, chutes, olème de l'aidant principal et aide à l'élaboration du parcours de soins (HPAD) en lien avec l'Équipe Mobile de Gériatrie Extra-Hospitalière trie du sujet âgé en lien avec l'Équipe Mobile de Psycho-Gériatrie que (soins palliatifs, secteur protégé, décision éthique) sation thérapeutique, prévention iatrogénie				
Documents à fournir impérativement	:				
traitements en cours, transmissions En cas de troubles neuro-cognitifs, ou c NPI-ES récent (exemplaire en pag Histoire de vie / Projet de vie	d'Urgence DLU (ATCD médicaux/chirurgicaux/cognitifs et psychiatriques, s' médicales et soignants, dernier bilan biologique, CR de spécialistes etc.) d'antécédents psychiatriques du sujet âgé : ge 2) ou échelle EPADE sent à l'accès au Dossier Medical Partagé :				
Description de la situation gériatrique	9				
Date de début des symptômes ou des trou	ubles:				
Expliquer la situation actuelle, l'histoire réc	cente, et l'objectif de la demande				

FICHE DE DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EPSPA

Équipe Parcours Santé Personnes Âgées



Horaires du lundi au vendredi de 9h à 18h, et week-end/JF de 9h à 12h

Téléphone: 04 67 33 53 66 / Fax: 04 67 33 53 69

Mail: epspa@chu-montpellier.fr (également joignable via MSSanté)



À compléter uniquement si troubles neuro-cognitifs, ou d'antécédents psychiatriques du sujet âgé

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI/ES

Nom:	Age:	Date de l'évaluation:	
Fonction de la perso	nne interviewée:	Type de relation avec le patient :	

Très proche/ prodigue des soins quotidiens;

proche/ s'occupe souvent du patient;

pas très proche/ donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient

NA = question inadaptée (non applicable) F x G = Fréquence x Gravité

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur Euphorie	/ X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Score total 10						
Changements neurovég	gétatifs					
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Score total 12						