

 	Demande médicale d'une télé-consultation	Réf. :
	« gériatrique avec troubles cognitifs et/ou psycho comportementaux »	Page : 1 / 3
		Application : .. / .. / ..

<u>Identification du patient :</u> NOM : Prénom : Date de naissance :	<u>Identification du demandeur :</u> Médecin requérant : Téléphone : Messagerie sécurisée : Date de la demande :
--	---

<u>Identification de l'établissement demandeur :</u> Etablissement : Téléphone : Messagerie sécurisée :

Type de consultation: En Visio conférence En télé expertise sur dossier

ENVOI DES DOCUMENTS

- Demande médicale
- Formulaire « consentement » du patient
- Bulletin de situation
 - Envoi par mail sécurisé : SecMedconsultmemoire@ch-morlaix.fr
 - Pour toute information : 02 98 62 61 38 (secrétariat)

CONDITIONS D'ELIGIBILITE réunies (cocher)

Rappel

- Il existe une demande médicale pour la TLC*
- L'information et le consentement du résident et/ ou de son représentant légal sont réalisés et tracés*
- Le professionnel assistant est capable d'utiliser le dispositif de TLC*
- Une IDE sera présent lors de la TLC*
- Le patient ne nécessite pas un examen physique (nécessité de palpation)*
- Le patient ne nécessite pas de gestes techniques*
- Les données médicales nécessaires à la réalisation de l'acte sont disponibles*

RECUEIL DE DONNEES MEDICALES

MOTIF DE LA CONSULTATION

➤ **Plainte :**

 	Demande médicale d'une télé-consultation	Réf. :
	« gériatrique avec troubles cognitifs et/ou psycho comportementaux »	Page : 2 / 3
		Application : .. / .. / ..

Identification du patient :

NOM :
Prénom :
Date de naissance :

Identification du demandeur :

Médecin requérant :
Téléphone :
Messagerie sécurisée :
Date de la demande :

ELEMENTS MEDICAUX – PARAMEDICAUX

➤ **Date de diagnostic de la pathologie neurocognitive / a-t-elle été étiquetée ?**
(où ? quel suivi ? évaluation neuro psychologique ? joindre le dernier courrier)

➤ **Résultat dernier MMS / test 5 mots :** **irréalisable**

➤ **Résultat imagerie cérébrale :**

➤ **Résultats de la dernière biologie :**
(iono / NFS plaquette/ créatinine / urée / albumine / TSH / folates / b12/ Vitamine D)

➤ **ATCD :**

- Diabète AVC artéritique HTA IDM AC FA tabac
 OH sd anxio dépressif psychose Autre :

➤ **Éléments cliniques :**

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------|
| Altération état général : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Raideur: | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Tremblements: | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Hallucinations: | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Incontinence: | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Troubles occulo moteurs: | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Perte de connaissance: | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Hypotension orthostatique: | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Sd parkinsonien: | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Chutes à répétitions : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Trouble de la marche/ équilibre: | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| Température : | | | |
| TA : | Pouls : | | |
| Constipation : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Bladder : |
| Vue : | Audition : | | |

 	Demande médicale d'une télé-consultation	Réf. :
	« gériatrique avec troubles cognitifs et/ou psycho comportementaux »	Page : 3 / 3
		Application : .. / .. / ..

<p><u>Identification du patient :</u></p> <p>NOM : Prénom : Date de naissance :</p>	<p><u>Identification du demandeur :</u></p> <p>Médecin requérant : Téléphone : Messagerie sécurisée : Date de la demande :</p>
---	---

- **Événement somatique ou psychologique ou environnemental récent:**

- **Présence d'une contention** (de quel type) :
- **Autonomie** : déambulation confiné lit - fauteuil GIR :....
- **Chambre** : seule double secteur fermé

DESCRIPTION DES TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

- **Apparition** : brutale progressive fluctuants
- **Horaire** : lors des soins lors de la toilette repas fin d'après-midi nuit
- **Natures de trouble psycho –comportementaux :**

<input type="checkbox"/> Apathie	<input type="checkbox"/> indifférence
<input type="checkbox"/> Idées délirantes	<input type="checkbox"/> Hallucinations
<input type="checkbox"/> Agitation psycho motrice	<input type="checkbox"/> comportement moteur aberrant
<input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> autoagressivité	<input type="checkbox"/> hétéro agressivité <input type="checkbox"/> opposition
<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> dysphorie
<input type="checkbox"/> Exaltation de l'humeur	<input type="checkbox"/> euphorie <input type="checkbox"/> désinhibition
<input type="checkbox"/> Irritabilité	<input type="checkbox"/> instabilité de l'humeur
Sommeil : <input type="checkbox"/> inversion du rythme	<input type="checkbox"/> insomnie <input type="checkbox"/> somnolence
Appétit : <input type="checkbox"/> troubles de l'appétit	<input type="checkbox"/> anorexie <input type="checkbox"/> hyperphagie
<input type="checkbox"/> Trouble de concentration	<input type="checkbox"/> distractibilité
- **Retentissement des troubles (à entourer)**
 - mise en danger retentissement sur les résidents / retentissement sur le personnel (Grille NPIES)
- **Traitements** : en cours et ceux « tentés » depuis le changement de comportement