|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\BruGeze\Pictures\logo Tréguier.jpg | **Formulaire de téléconsultation en géronto psychiatrie**  A envoyer par messagerie sécurisée à [**chtreguier.emg@telesantebretagne.org**](mailto:chtreguier.emg@telesantebretagne.org)  Date de la demande  :  **…….. / …….. / 2020** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification du patient** | |  | **Identification du requérant** | |
| Nom |  |  | Nom |  |
| Nom jeune fille |  |  | Prénom |  |
| Prénom |  |  | Fonction |  |
| Date naissance |  |  | Structure |  |
| Sexe | Homme 🞏 femme 🞏 |  | Téléphone |  |
| Adresse |  |  |  |  |
| N° sécu sociale |  |  | **Identification du médecin traitant** | |
| Caisse d’assurance maladie |  |  | Nom |  |
| Mutuelle |  |  | Prénom |  |
| ALD |  |  | Ville |  |
| Consentement | OUI 🞏 NON 🞏 |  | **Mail sécurisé** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **MOTIF**  **de la demande** |  |

**Documents à joindre impérativement à la demande** : NPI, copie pièce identité, copie carte mutuelle, copie de la carte Vitale, fiche consentement du patient.

**Vous disposez d’un logiciel Dossier Patient informatisé** : Veuillez joindre à cette demande, extraits de votre dossier patient informatisé comprenant les éléments suivants :

|  |
| --- |
| **Traitement actuel et Antécédents** (Médicaux, Chirurgicaux, Psychiatriques ..) |
| **Prise en charge par d’autres professionnels** (Gériatre, Psychiatre, Neurologue, Psychologue, Ergothérapeute, kinésithérapeute … ) |
| **Etat général :** Poids, Taille, IMC, Perte de poids sur les 3 derniers mois, Tension, Pouls, Douleur (EVA) |
| **Bilan NPI, MMS de moins de 12 mois et GIR** |

**Répondre aux items suivants (barrer les réponses inexactes)**

|  |
| --- |
| **Autonomie**   * Marche NON / OUI ( sans aide, 1 canne, 2 cannes , déambulateur, aide humaine ) * Chute dans les 12 derniers mois NON / OUI Incontinence urinaire : NON / OUI * Déficience auditive  NON / OUI => Appareillage NON / OUI * Déficience visuelle  NON / OUI => Appareillage NON /OUI   **Troubles cognitifs**   * Troubles de la mémoire  NON / OUI Troubles du langage NON / OUI * Troubles mnésiques ou cognitifs NON / OUI Risque de fugue  NON / OUI * Syndrome psycho-comportementaux  NON / OUI * Description des symptômes : |