DEMANDE D'INTERVENTION

# DE L'ÉQUIPE MOBILE GÉRIATRIQUE DE TERRITOIRE (EMGT)

Pour des personnes âgées de 75 ans et plus
Demande à envoyer par mail à : emgt@chsarrebourg.mssante.fr
Ou à faxer au : 03 87 23 25 95
Secrétariat téléphonique au : 03 87 23 24 04

**Date de la demande :**

**Identité du médecin traitant :**

**Identité du demandeur :**

**N° de téléphone :**

**N° de téléphone :**

**Identité du patient :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**N° de téléphone :**

**Adresse :**

**Personne à prévenir :**

**N° de téléphone :**

**Lien de parenté :**

## MOTIFS DE LA DEMANDE D'INTERVENTION :

- ☐ Evaluer des troubles de la marche et/ou des difficultés de transfert
- ☐ Evaluer une situation post-chute(s)
- ☐ Evaluer une confusion, des troubles cognitifs et/ou de la mémoire
- ☐ Evaluer des troubles psycho-comportementaux, des troubles de l'humeur et orienter le patient
- ☐ Evaluer et prendre en charge un syndrome douloureux
- ☐ Réviser l'ordonnance ou discuter l'indication des thérapeutiques
- ☐ Evaluer des difficultés en lien avec le contexte social

**Au regard du contexte et des motifs de demande d'intervention identifiés précédemment, pouvez-vous formuler votre besoin ?**