

**QUESTIONNAIRE MEDICAL DE PRISE EN CHARGE AU CENTRE RESSOURCE REGIONAL DE
PSYCHIATRIE DU SUJET AGE**

A ADRESSER PAR MAIL A : crr.psa@aphp.fr

OU PAR FAX AU : 01.58.00.43.84

NOM ET PRENOM DU PATIENT :

DATE DE LA DEMANDE :

Date de naissance :

Situation familiale :

Adresse :

Téléphone :

COORDONNEES D'UNE PERSONNE A PREVENIR :

Lien avec le/la patient(e) :

Nom / prénom :

Tel :

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

NOM ET PRENOM DU MEDECIN ADRESSEUR

Adresse mail et téléphone obligatoire :

Adresse postale :

Lieu : CONSULT LIBERALE CMP HOPITAL SECTEUR UGA SSR UHCD SAU AUTRE

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

MOTIFS DE LA DEMANDE : dépression anxiété Risque suicidaire symptômes psychotiques

abus de substance troubles du comportement intrication neuropsychiatrique

autre :

Antécédents médicaux :

Antécédents psychiatriques et histoire récente de la maladie :

MERCI DE JOINDRE SYSTEMATIQUEMENT L'ORDONNANCE DU TRAITEMENT ET LE MMSE RENSEIGNÉ

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

personnel paramédical (précisez) :

portage des repas téléalarme autre (précisez) :

suivi par un réseau de santé gériatrique / CLIC – si oui, lequel :

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

Si service hospitalier adresseur : au terme des 3 semaines d'hospitalisation d'évaluation

Accepteriez-vous de réaccueillir le/la patient(e) dans votre service si nécessaire : oui non

MMSE ou MOCA (à joindre)

Score total:

EVALUATION DE L'AUTONOMIE ACTUELLE DU PATIENT

Marche : seul(e) 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, ...) :

En cas de trouble du comportement : à préciser

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

Autres :

Etat sensoriel

Vue : normale altérée appareillée

Ouïe : normale altérée appareillée

Risque infectieux

oui non type d'infection :

MODALITE DE PRISE EN CHARGE SOUHAITEE

consultation spécialisée psychiatrique ou neurologique

consultations d'évaluation pluridisciplinaire (psychiatre, neurologue, psychologue et neuropsychologue) sur deux demi-journées

hospitalisation expertale d'une durée inférieure à 3 semaines

télé-expertise

MERCI DE JOINDRE SYSTEMATIQUEMENT L'ORDONNANCE DU TRAITEMENT ET LE MMSE RENSEIGNÉ