

FICHE D'INTERVENTION EN EHPAD

EQUIPE DU CENTRE EXPERT PARKINSON

Date de la demande :

Identité du résident :

NOM / PRENOM	DATE DE NAISSANCE	DATE D'ENTREE EN EHPAD	SERVICE	CHAMBRE

Demande réalisée avec l'accord du résident : OUI NON

Pathologies et date du diagnostic :

Motif(s) de la demande :

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Troubles de la déglutition : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Dénutrition : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Constipation : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Chutes : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Fluctuations motrices : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Fluctuations non motrices : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Troubles du comportement : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Troubles cognitifs : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Troubles de la communication : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Traitements et heures (joindre feuille de traitement si possible) :

.....

GIR, MMS, MOCA si connus :

Identité de la personne de confiance :

NOM / PRENOM	LIEN DE PARENTE	ADRESSE	NUMERO DE TELEPHONE	MAIL

Demande réalisée avec l'accord de la personne de confiance : OUI NON

Demande émanant de :

NOM / PRENOM	METIER	SERVICE	NUMERO DE TELEPHONE	MAIL

Médecin traitant / médecin coordinateur :

NOM DU MEDECIN	SPECIALISATION	SERVICE	NUMERO DE TELEPHONE	MAIL

Demande soumise à une prescription médicale : OUI NON

Informations sur la structure :

- Nom :
- Adresse :
- Numéro de téléphone / Fax :
- Mail :

Cadre de santé :

- Nom / prénom :
- Numéro / fax :
- Mail :

Médecin coordinateur :

- Nom / prénom :
- Numéro / fax :
- Mail :

Demande de formations paramédicales pour la prise en charge du résident :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Troubles de la déglutition : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| L'hygiène bucco-dentaire : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Dénutrition : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Constipation : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Chutes : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Les transferts : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Fluctuations motrices : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Fluctuations non motrices : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| La démence et l'agitation dans la MP : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Les troubles de la communication : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| La pompe Apomorphine : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| La pompe à Duodopa : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

Autres Intervenants / autres équipes intervenants :

Neurologue, prestataire, orthophoniste, kinésithérapeute, neuropsychologue, diététicien, etc.

NOM	PRENOM	METIER	ANNEE DU SUIVI	ADRESSE	NUMERO DE TELEPHONE	MAIL

ECEPE

Centre st Victor

354 blvd Beauville 80000 Amiens

Fax : 0322824139

0322824142 / 0647746926

ecepe@chu-amiens.fr