

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE DU CENTRE EXPERT PARKINSON EN EHPAD

Dans le but de répondre au plus vite à votre demande, merci de retourner ce formulaire complété par mail accompagné, si possible, du DLU ou de la dernière ordonnance.

Date de la demande :

Demande émanant de :

Résident informé : ☐ OUI ☐ NON

Identité du résident :

NOM :

Prénom :

NOM DE NAISSANCE :

Date de naissance :

Date d'entrée en EHPAD :

Pathologie :

Date du diagnostic :

Motif(s) de la demande : (prioriser de 1 à 9 en fonction de la sévérité)

- | | |
|---|--|
| ☐ Troubles de la déglutition (orthophoniste) | ☐ Fluctuations non motrices (IDE coordinatrice) |
| ☐ Dénutrition (diététicienne) | ☐ Troubles du comportement (neuropsychologue) |
| ☐ Constipation (diététicienne) | ☐ Troubles de la communication (orthophoniste) |
| ☐ Chutes (ergothérapeute) | ☐ Troubles cognitifs (neuropsychologue) |
| ☐ Fluctuations motrices (IDE coordinatrice) | |

Identité du médecin traitant :

NOM Prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Email :

Identité du médecin coordinateur :

NOM Prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Email :

Accord du médecin traitant (ou coordinateur si pas de médecin traitant) : ☐ OUI ☐ NON

Information sur la structure :

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

Cadre de santé :

- NOM Prénom :
- Numéro de téléphone / Fax :
- Email :

Identité de la personne de confiance / référente :

- NOM Prénom :
- Lien :
- Numéro de téléphone :

Personne de confiance informée : ☐ OUI ☐ NON
☐ Tutelle ☐ Curatelle

Identités des spécialistes, thérapeutes et équipes mobiles :

Neurologue référent : NOM Prénom : Année de suivi :	Autre intervenant : NOM Prénom : Métier : Année de suivi :	Autre intervenant : NOM Prénom : Métier : Année de suivi :
Adresse : N° : Email :	Adresse : N° : Email :	Adresse : N° : Email :
Autre intervenant : NOM Prénom : Métier : Année de suivi :	Autre intervenant : NOM Prénom : Métier : Année de suivi :	Autre intervenant : NOM Prénom : Métier : Année de suivi :
Adresse : N° : Email :	Adresse : N° : Email :	Adresse : N° : Email :

Nous proposons également des formations pour l'équipe soignante dans votre EHPAD. Si vous êtes intéressés, veuillez cocher la ou les formation(s) sur la thématique de votre choix :

- | | |
|---|--|
| ☐ La constipation | ☐ Le risque de chute |
| ☐ La dénutrition/ l'anémie microcytaire/
l'anémie macrocytaire | ☐ L'économie du dos et les transferts |
| ☐ Les troubles de la déglutition | ☐ Les troubles de la posture |
| ☐ L'hygiène bucco-dentaire | ☐ Les troubles psycho-comportementaux |
| ☐ Les troubles de la parole et du langage | ☐ Les troubles du contrôle de l'impulsion |
| ☐ Les fluctuations motrices et non motrices | ☐ Thérapeutiques non médicamenteuses,
création et mise en place d'activités
individualisées |
| ☐ La pompe apomorphine/ la pompe DUODOPA | ☐ L'observation, la traçabilité et l'analyse des
troubles du comportement |
| ☐ Les traitements antiparkinsoniens | |
| ☐ La démence à Corps de LEWY | |
| ☐ Autres thématiques souhaitées concernant la maladie de Parkinson | |

*Nous vous recontacterons ultérieurement afin d'organiser ensemble cette/ces formation(s).
L'équipe du Centre Expert Parkinson en EHPAD vous remercie et reste à votre disposition !*