



Centre Hospitalier
de Montauban

**DEMANDE D'INTERVENTION EN EHPAD
UNITE MOBILE DE PSYCHIATRIE
DE LA PERSONNE AGEE**

**A faxer au 05 63 92 87 17 Médimail : umppa@ch-montauban.fr
Téléphone : 05 63 92 87 16**

FO-OPC-23c

Etablissement :

Médecin coordonnateur :

Date de la demande :

PATIENT INFORMÉ ET CONSENTANT : oui non

Information patient :

NOM :

Prénom :

Epoux (se) :

Né(e) le :

Date d'entrée à l'EHPAD :

Médecin généraliste :

Adresse :

Téléphone :

Fax/Mail :

Motif médical de la demande :

Symptomatologie :

Type de demande :

Anticiper une situation de crise

Conseil thérapeutique

Evaluation diagnostique

Orientation

Autre :

Patient ayant déjà reçu des soins psychiatriques : non oui (préciser) :

Bilan somatique réalisé : examen clinique, bilan sanguin (joindre), autres : Non Oui (préciser)

Antécédents :

Traitement : *joindre la dernière ordonnance*

Autonomie :

Physique : non oui

Dans les actes de la vie quotidienne : non oui

Dans la gestion du traitement : non oui

Présence de troubles cognitifs : non oui

(préciser) :

Risque d'auto-agressivité :

Absent ou très faible

Moyen Fort

Risque d'hétéro-agressivité :

Absent ou très faible

Moyen Fort

Mode de vie :

Personne ressource (famille, aidants...) : nom :

coordonnées :

Protection juridique : non oui (préciser type, nom et coordonnées) :