

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ÉQUIPE 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 :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluation de la maladie dans sa globalité | <input type="checkbox"/> Troubles non moteurs |
| <input type="checkbox"/> Troubles moteurs | <input type="checkbox"/> Troubles psycho-comportementaux et cognitifs |
| <input type="checkbox"/> Troubles axiaux | <input type="checkbox"/> Troubles nutritionnels avec dénutrition et/ou constipation |
| <input type="checkbox"/> Evaluation des traitements de seconde ligne | |
| <input type="checkbox"/> Evaluation dans le cadre d'une prise en soins palliatifs | |
| <input type="checkbox"/> Relai de l'institutionnalisation | |

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 : Dernière CS :/...../..... Prochaine CS :/...../.....	Autre intervenant : NOM Prénom : Métier :	Autre intervenant : NOM Prénom : Métier :
Adresse : N° : Email :	Adresse : N° : Email :	Adresse : N° : Email :
Autre intervenant : NOM Prénom : Métier :	Autre intervenant : NOM Prénom : Métier :	Autre intervenant : NOM Prénom : Métier :
Adresse : N° : Email :	Adresse : N° : Email :	Adresse : N° : Email :

VOS DISPONIBILITÉS POUR UNE INTERVENTION

Jours de préférence :

Matin Après-midi

Disposez-vous du matériel pour effectuer des téléconsultations : OUI Non

Si oui, mail référent(e) :

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 :

- Maladie de Parkinson et généralités
- Mise en place d'un traitement continu : pompe à DUODOPA®, pompe à Apomorphine, stimulation cérébrale profonde (en fonction des besoins définis par l'EHPAD)
- Autre(s) thématique(s) souhaitée(s)

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 !