

EMS – SUPAA

Dispositif pilote de dispensation de soins aigus
dans le lieu de vie des résidents en EMS
souffrant de décompensation psychique

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EMPAA/PSYCHIATRE DANS LES EMS

DIRECTIVE

- Ce document est complété par le médecin du résident, par le médecin de garde, ou par l'infirmier référant du patient, sur délégation du médecin
- Il est envoyé par e-mail à l'adresse suivante : porteuniquesupaa@chuv.ch ou par fax : 021 314 87 79
- L'original se trouve dans le dossier « crise » du résident
- Une copie est transmise à la direction de l'établissement

EMS/CMS

Nom de l'établissement : _____

Tél.: _____ Fax: _____

Nom/prénom/téléphone de la personne de contact : _____

RÉSIDENT

Sexe: Homme Femme

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: ____ / ____ / ____

DEMANDE FAITE PAR:

Médecin en charge du résident Psychiatre du résident Médecin garde Inf. référant

Degré d'urgence: en urgence (dans les 24h) Agendé (24h-72h) à distance (plus de 72h)

Motif de la demande/Attente par rapport à notre intervention:

Histoire de l'épisode:

EMS – SUPAA

Dispositif pilote de dispensation de soins aigus
dans le lieu de vie des résidents en EMS
souffrant de décompensation psychique

COMORBIDITÉS DU PATIENT

Psychiatriques :

Somatiques :

Évaluation somatique effectuée :

Constipation Dernier laboratoire Infection urinaire

Séjour récent au CHUV Date de retour en EMS : _____

Causes :

Traitement en cours, essayés :

Résident accepte la demande d'intervention : Oui Non Ne peut pas se prononcer

Représentant thérapeutique accepte la demande d'intervention : Oui Non

Entourage informé de la demande d'intervention : Oui Non

Présence de directives anticipées : Oui Non

Signature du médecin demandeur

Date: _____ / _____ / _____

Infirmier par délégation du médecin