



Service de la santé publique  
du Canton de Vaud

POUR JOINDRE L'EMPAA:  
T + 41 21 314 35 14  
F + 41 21 314 87 79  
porteuniquesupaa@chuv.ch

## 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