

FICHE DE DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EPSPA

(Équipe Parcours Santé Personnes Âgées)

Par fax au 04.67.33.53.69

Ou par mail epsa@chu-montpellier.fr



Identification de l'établissement et du professionnel à l'origine de la demande

Établissement : _____ Date de la demande : _____
Nom du demandeur : _____ N° de téléphone IDE : _____
Fonction : Médecin traitant Médecin coordonnateur Cadre infirmier Infirmier(e) Psychologue
Nom et coordonnées du médecin traitant (consentement obligatoire) : _____
Nom et coordonnées des libéraux ou service de soins intervenants au domicile du patient : _____

Identification du patient s'il s'agit d'une situation individuelle

Nom et prénom : _____ **Date de naissance :** _____

Motifs du recours à l'EPSPA (plusieurs motifs peuvent être cochés) :

- Évaluation d'une situation gériatrique complexe sur le plan clinique : douleur, plaie, troubles métaboliques, chutes et aide à l'élaboration du parcours de soins
- Troubles du comportement ou psychiatrie du sujet âgé en lien avec l'EMPG (ex-EMGpsy)
- Décision d'une prise en charge spécifique (soins palliatifs, secteur protégé, décision éthique...)
- Thématique médicamenteuse : optimisation thérapeutique, prévention iatrogénie
- Besoin de formation dans le domaine de la gériatrie
- Autre : _____

Documents à fournir impérativement s'il s'agit d'une situation individuelle :

- Traitement en cours
- Résultats du dernier bilan sanguin réalisé
- Antécédents médicaux, chirurgicaux, cognitifs et psychiatriques
- Projet de vie
- Dernières transmissions des professionnels de santé intervenants auprès du patient
- En cas de troubles du comportement ou psychiatrie du sujet âgé, remplir **page 2 & 3 du formulaire**
- En cas de thématique médicamenteuse, remplir **page 4 & 5 du formulaire**

Bénéfices attendus suite au recours à l'EPSPA :

Prévention d'une situation clinique grave :

- Décompensation d'une pathologie connue
- Éviter l'instauration de traitements psychotropes

Mise en œuvre de moyens non médicamenteux :

- Éviter les contentions physiques
- Limiter le retentissement sur le personnel soignant

Recours au dispositif de soins :

- Éviter un recours aux urgences médicales ou un appel au 15
- Éviter une consultation spécialisée (psychiatrique, gériatrique ou autre) en semi urgence
- Éviter une hospitalisation en gériatrie
- Éviter une hospitalisation en psychiatrie sans consentement
- Éviter le secteur protégé, si le patient est en institution

FICHE DE DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EPSPA

(Équipe Parcours Santé Personnes Âgées)

Par fax au 04.67.33.53.69

Ou par mail epspa@chu-montpellier.fr



REPLIR LES PAGES 2 ET 3 UNIQUEMENT SI TROUBLES DU COMPORTEMENT OU PSYCHIATRIE DU SUJET ÂGÉ

RAPPEL DU NOM/PRENOM DU RESIDENT :

Nature des troubles du comportement

→ Troubles négatifs du comportement

Apathie / Indifférence Dépression Anxiété

→ Troubles productifs du comportement

Délire Hallucinations Agitation
 Désinhibition Agressivité Opposition
 Fugue Cris

→ Troubles du sommeil

Insomnie Somnolence diurne Difficulté d'endormissement

→ Troubles du comportement alimentaire

Perte d'appétit Refus alimentaire Excès alimentaire

→ Comportements moteurs aberrants

Déambulation nocturne Déambulation diurne Gestes compulsifs

Antériorité des troubles

Changement du comportement observé depuis (préciser) :

Date :

Retentissement des troubles

Retentissement des troubles sur le résident, les autres résidents, la famille, l'équipe assurant la prise en charge (préciser au besoin) :

FICHE DE DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EPSPA

(Équipe Parcours Santé Personnes Âgées)

Par fax au 04.67.33.53.69

Ou par mail epspa@chu-montpellier.fr



REEMPLIR LES PAGES 2 ET 3 UNIQUEMENT SI TROUBLES DU COMPORTEMENT OU PSYCHIATRIE DU SUJET ÂGÉ

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE

NPI/ES

Nom: _____ Age: _____ Date de l'évaluation: _____

Fonction de la personne interviewée:

Type de relation avec le patient :

Très proche/ prodigue des soins quotidiens;

proche/ s'occupe souvent du patient;

pas très proche/ donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient

NA = question inadaptée (non applicable) F x G = Fréquence x Gravité

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Score total 10					[]	
<i>Changements neurovégétatifs</i>						
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Score total 12					[]	

FICHE DE DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EPSPA

(Équipe Parcours Santé Personnes Âgées)

Par fax au 04.67.33.53.69

Ou par mail epspa@chu-montpellier.fr



RAPPEL DU NOM/PRENOM DU RESIDENT :

REEMPLIR LES PAGES 4 ET 5 UNIQUEMENT SI THÉMATIQUE MÉDICAMENTEUSE

Évaluation de l'autonomie :

- GIR :
- ADL :
- Gestion autonome de son traitement : Oui Non

Symptômes :

Remplir les cases du tableau uniquement si critères ou symptômes. Le cas contraire, laisser les cases vides à l'exception de la gradation des symptômes qui est de 0 à 10 (le 0 indiquant l'absence de symptômes).

	Symptômes	Aujourd'hui (T0)	Au cours des 3 derniers mois (T-3)	
Hospitalisation	Hospitalisation(s) (si oui motif)			
	Passage(s) au SAU		Nombre : ...	
Chute	Chute(s) :			Nombre : ...
	Blessure(s)			
	Fracture(s)			
Troubles du sommeil	Plainte du sommeil	/10	/10	
	Inversion nyctémère			
	Insomnie			
	Somnolence en journée	/10	/10	
Troubles psycho-comportementaux	Anxiété			
	Agitation			
	Déambulation			
	Hallucinations			
	Délire de persécution/paranoïde			
	Apathie, repli sur soi			
	Gestes stéréotypés			
	Agressivité verbale / physique			
	Désinhibition			
Troubles neurologiques	Convulsions			
	Confusion	/10	/10	
	Sensation de vertiges au lever	/10	/10	
Troubles de l'humeur	Dépression	/10	/10	
	Syndrome anxieux	/10	/10	
Douleur	Intensité	/10	/10	
	Si oui, EVA ? Type de douleur ? ...			
	Myopathie, myalgie			
	Tendinopathie			
Nutrition	Variation de poids dans la dernière année Étiologie (si connue)			
	État de l'appétit	/10	/10	
	Troubles de la déglutition			
	Texture / Régime			
	Sécheresse buccale	/10	/10	

