

Merci de renseigner ce document et de le transmettre par mail à :

emg@ch-alpes-leman.fr

• **DEMANDEUR**

Nom de l'établissement/structure :
Demande faite le :
Nom du demandeur :

• **PATIENT**

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
ATCD :
Traitement habituel :
Médecin traitant : Est-il informé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON A-t-il donné son accord : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Référent à joindre (nom, parenté, n°tel) :

• **MOTIF de la demande**

Motif de la demande : <input type="checkbox"/> Troubles psycho-comportementaux du sujet dément <input type="checkbox"/> Situation médicale subaiguë (altération de l'état général, chutes à répétition, dénutrition, désordre biologique) <input type="checkbox"/> Escarre <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Avis éthique <input type="checkbox"/> Formation
Résumé de la situation :