



Nom de l’établissement référent :

*Trajectoire(s) identifiée(s) :*

|  |  |
| --- | --- |
| **Statut juridique** |  |
| **Nom et adresse du lieu d’implantation** |  |
| **Adresse mail du représentant légal** |  |
| **N° FINESS*** **EJ**
* **ET**
 |  |
| **N° SIRET** |  |
| **Téléphone**  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Autorisé**OUI/NON | **Installé**OUI/NON | **Capacité** |
|  | **Lits** | **Places** |
| Médecine en hospitalisation complète  |  |  |  |  |
| * Court séjour gériatrique
 |  |  |  |  |
| Médecine en hospitalisation à temps partiel |  |  |  |  |
| * Hôpital de jour gériatrique
 |  |  |  |  |
| HAD |  |  |  |  |
| Chirurgie en hospitalisation complète |  |  |  |  |
| Chirurgie ambulatoire |  |  |  |  |
| Psychiatrie générale – hospitalisation complète |  |  |  |  |
| Psychiatrie générale – hospitalisation de jour |  |  |  |  |
| Psychiatrie générale – hospitalisation de nuit |  |  |  |  |
| Psychiatrie générale – Placement familial thérapeutique |  |  |  |  |
| Psychiatrie générale – Appartements thérapeutiques |  |  |  |  |
| réanimation – adulte  |  |  |  |  |
| médecine d’urgence |  |  |  |  |
| ↘ Préciser les modalités  |
| Traitement du cancer – Radiothérapie |  |  |  |  |
| Traitement du cancer - Chimiothérapie |  |  |  |  |
| Traitement du cancer - Chirurgie |  |  |  |  |
| ↘ Préciser les modalités |
| **SSR ADULTES** |
| SSR – Non spécialisés |  |  |  |  |
| SSR – Affections de l’appareil locomoteur |  |  |  |  |
| SSR – Affections du système nerveux |  |  |  |  |
| SSR – Affections cardio-vasculaires |  |  |  |  |
| SSR – Affections respiratoires |  |  |  |  |
| SSR – Affectons du système digestif, métabolique et endocrinien |  |  |  |  |
| SSR – Affections onco-hématologiques |  |  |  |  |
| SSR – Affections des grands brûlés |  |  |  |  |
| SSR – Affections des conduites addictives |  |  |  |  |
| SSR – Affections de la personne âgée, polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance |  |  |  |  |
| * Unité cognitivo-comportementale (UCC)
 |  |  |  |  |
| USLD |  |  |  |  |
| * Unité d’hébergement renforcée (UHR) labellisée
 |  |  |  |  |
| EHPAD |  |  |  |  |
| * Hébergement temporaire
 |  |  |  |  |
| * Accueil de jour
 |  |  |  |  |
| * PASA
 |  |  |  |  |
| * Unité de vie Alzheimer
 |  |  |  |  |
| Unité de soins palliatifs |  |  |  |  |
| Lits identifiés en soins palliatifs  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Consultation mémoire | **OUI/NON** |
| Equipe mobile de gériatrie intra-hospitalière | **OUI/NON** |
| Equipe mobile de gériatrie extra-hospitalière | **OUI/NON** |
| Equipe mobile de psychogériatrie  | **OUI/NON** |
| Equipe mobile de soins palliatifs | **OUI/NON** |
| Autres *(Préciser)* | **OUI/NON** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pôle ou structuration gériatrique** | **OUI/NON** |
| * Date de mise en place officielle *(décision des instances de gouvernance)*
 |  |
| * Nom du chef de pôle
 |  |
| * Composition du pôle gériatrique *(décrire les unités qui le composent)*
 |  |
| * Cadre de direction responsable du pôle *(préciser nom et coordonnées)*
 |  |
| * Cadre de santé dédié *(préciser nom et coordonnées)*
 |  |

LE COURT SEJOUR GERIATRIQUE

1. Personnel
* **Equipe médicale**

*Au moins 2 ETP de médecins formés à la gériatrie*

Nom du médecin responsable:

* Spécialiste en gériatrie Oui [ ]  Non [ ]
* Titulaire de la capacité de gériatrie Oui [ ]  Non [ ]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| Gériatre |  |  |
| Autres effectifs médicaux *(préciser la spécialité)* |  |  |
|  |  |  |

* **Equipe paramédicale**

Nom du cadre de l’unité fonctionnelle :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| IDE |  |  |
| Aides-soignants  |  |  |
| *Dont formés ASG* |  |  |
| Aide médico-psychologique |  |  |
| Psychologue  |  |  |
| Assistant social |  |  |
| Psychomotricien |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |
| Kinésithérapeute |  |  |
| Animateur STAPS |  |  |
| Orthophoniste |  |  |
| Diététicien |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Autres effectifs paramédicaux** | **Nombre** | **ETP**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Locaux et plateau technique
* **Locaux**

Unité comportant au moins 20 lits Oui [ ]  Non [ ]

Nombre de lits :

Chambres

* + A un ou deux lits à hauteur variable électriques Oui [ ]  Non [ ]
	+ Avec cabinet de toilettes (WC, douche avec siphon) Oui [ ]  Non [ ]

Accessible aux personnes à mobilité réduite Oui [ ]  Non [ ]

Espaces de circulation Oui [ ]  Non [ ]

Locaux de stockage des équipements adaptés à la dépendance Oui [ ]  Non [ ]

Equipements adaptés à la dépendance Oui [ ]  Non [ ]

* + Fauteuils roulants Oui [ ]  Non [ ]
	+ Aides à la marche Oui [ ]  Non [ ]
	+ Système de pesée Oui [ ]  Non [ ]
	+ Système de transfert Oui [ ]  Non [ ]
	+ Matelas anti-escarres Oui [ ]  Non [ ]

Locaux adaptés aux malades Alzheimer Oui [ ]  Non [ ]

* **Plateau technique**

Radiologie conventionnelle Accès direct [ ]  Convention[ ]

Scanographe Accès direct [ ]  Convention[ ]

IRM Accès direct [ ]  Convention[ ]

Echographe Accès direct [ ]  Convention[ ]

Doppler veineux et artériel Accès direct [ ]  Convention[ ]  Endoscopies digestives Accès direct [ ]  Convention[ ]

Laboratoire (biologie, anapath) Accès direct [ ]  Convention[ ]

Explorations uro-dynamiques Accès direct [ ]  Convention[ ]

Explorations fonctionnelles respiratoires Accès direct [ ]  Convention[ ]

Existence de plages horaires réservées pour certains équipements

*Décrire*

|  |
| --- |
|  |

1. Fonctionnement - Organisation
* **Protocoles**

Diffusion d'un n° d'appel au médecin traitant du secteur géographique pour admission directe Oui [ ]  Non [ ]

Evaluation médico-psycho-sociale gériatrique Oui [ ]  Non [ ]

Prise en charge des soins actifs gériatriques Oui [ ]  Non [ ]

Existence de protocoles sur :

* + les chutes et fractures Oui [ ]  Non [ ]
* *identification et la correction des facteurs de risque*
* *prise en compte des risques d'ostéoporose lors de toute consultation ou hospitalisation de personnes de plus 60 ans.*
* *déclaration et l'analyse des circonstances des chutes dans les services (fiche de déclaration "chute"), avec un protocole de gestion des chutes.*
* *actions correctrices*
* *stimulation de l'activité physique en mobilisant les personnes précocement (lever, faire marcher, …)*
* *aménagement de l'environnement des services*
	+ la dénutrition et les affections bucco-dentaires Oui [ ]  Non [ ]
* *réalisation systématique*
* *d’un recueil alimentaire pendant au moins 3 jours*
* *d’un bilan nutritionnel comprenant poids, albumine et pré-albumine*
* *d’un examen bucco-dentaire*
* *utilisation du questionnaire Minimal Nutritional Assesment (MNA) pour le repérage des dénutritions.*
* *implication d’un représentant de la gériatrie au sein du CLAN (formation, actions de sensibilisation, évaluation,…)*
* *valorisation du temps de repas avec un temps minimum d’accompagnement de la prise en charge pour les plus fragiles et l’incitation à la convivialité et l’utilisation de la salle à manger chaque fois que cela est possible*
* *possibilité de recours à un service diététique formé à la gériatrie pour les patients les plus dénutris*
* *développement d’un temps d'éducation auprès des patients et des accompagnants avec :*
* *une fiche conseil pour tous les dénutris transmise si possible avec un accompagnement*
* *un entretien éducatif pour les situations les plus sévères avec un diététicien*
	+ Les troubles cognitifs et l’accompagnement les familles Oui [ ]  Non [ ]
* *réalisation du MMS de façon systématique*
* *repérage et la réponse aux situations de crise*
* *développement de groupes de parole des aidants*
	+ la maltraitance Oui [ ]  Non [ ]
* *existence d’un protocole de gestion des plaintes avec :*
* *le repérage des situations de maltraitance (fiche d’alerte sociale),*
* *l’organisation de réunions de service pour les cas difficiles,*
* *utilisation de l’échelle de Zarit pour diagnostiquer l’épuisement familial.*
	+ Les complications des pathologies chroniques : cancers, maladies cardio-vasculaires, diabète… Oui [ ]  Non [ ]
* *existence de protocoles d’éducation thérapeutique pour les maladies CV et le diabète*
* *participation des gériatres au Réunion de concertation pluridisciplinaires(RCP)*
	+ Les actes suicidaires et la dépression chez le sujet âgé Oui [ ]  Non [ ]
* *partenariat avec la psychiatrie (conventions, protocoles de PEC)*
* *utilisation d’une échelle d’évaluation de la dépression*
	+ La prise en charge de la douleur et le développement des soins palliatifs

Oui [ ]  Non [ ]

* *intégration de l’échelle de la douleur dans le bilan d’entrée des patients de plus de 75ans*
* *lien avec le CLUD de l’établissement ou le référent*
* *partenariat avec les soins palliatifs (unité ou équipe mobile : conventions et protocoles)*
	+ Les pathologies infectieuses et les infections nosocomiales Oui [ ]  Non [ ]
* *mise à jour du calendrier vaccinal dans le bilan d’entrée*
* *existence de protocoles d’hydratation et de réhydratation*
* *lien avec CLIN de l’établissement ou le référent (formation du personnel au lavage des mains et autres protocoles d’hygiène)*
	+ Les complications de décubitus et la prise en charge de l’incontinence Oui [ ]  Non [ ]
* *fiches de recueil et de protocoles adaptés, avec une grille d’évaluation du risque pour l’organisation du dépistage systématique de l’incontinence*
* *protocoles de prévention des escarres*
* *grille d’évaluation pour l’adaptation du matelas anti-escarre*
	+ Organisation des transferts Oui [ ]  Non [ ]
* *possibilité de visites à domicile de l’ergothérapeute avant la sortie*
* *existence d’une fiche de recueil sur les conditions sociales de la PA remplie par l’AS*
* *existence des protocoles de transfert vers les structures d’aval sanitaires et médico-sociales (convention ES/EHPAD) en évitant les sorties de WE*
* *utilisation du SMAF (système de mesure de l’autonomie fonctionnelle – grille québécoise*
* *existence d’un dossier de base de transfert de données aux libéraux*
	+ Organisation des sorties définitives (domicile ou substitut) Oui [ ]  Non [ ]

*S’assurer de la transmission des informations aux médecins traitants et aux intervenants du domicile notamment dans le cadre du travail en réseau*

* **Plan de formation du personnel à la gériatrie**
	+ Thèmes principaux
* les chutes et fractures Oui [ ]  Non [ ]
* la dénutrition Oui [ ]  Non [ ]

*Augmenter la sensibilisation et les capacités des personnels à repérer les patients dénutris et à les orienter vers le soin. Améliorer les compétences des personnels dans la valorisation de la distribution des repas (aide aux repas : installation, etc.)*

* la maltraitance Oui [ ]  Non [ ]
* les infections nosocomiales Oui [ ]  Non [ ]

*Sensibiliser les personnels des services aux procédures élaborées par le CLIN adaptées à la gériatrie*

* Les démences Oui [ ]  Non [ ]
	+ Autres thèmes

*Décrire*

|  |
| --- |
|  |

* + Public concerné par le plan de formation

|  |
| --- |
|  |

* + Formation des stagiaires (externes, internes, autres)

|  |
| --- |
|  |

* + Spécialisation de personnels par DU, capacité ou autre (selon des thématiques définies : douleur, soins palliatifs, dénutrition, psychogériatrie, oncologie, etc…)

|  |
| --- |
|  |

* + Participation de professionnels d’autres structures de la filière

|  |
| --- |
|  |

L’HOPITAL DE JOUR GERIATRIQUE ET CONSULTATION MULTIDISCIPLINAIRE

1. Personnel
* **Equipe médicale**

Nom du médecin gériatre responsable :

Adresse mail :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| Gériatre |  |  |
| Autres effectifs médicaux *(préciser la spécialité)* |  |  |
|  |  |  |

* **Equipe paramédicale**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| IDE |  |  |
| Aides-soignants  |  |  |
| *Dont formés ASG* |  |  |
| Aide médico-psychologique |  |  |
| Psychologue  |  |  |
| Assistant social |  |  |
| Psychomotricien |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |
| Kinésithérapeute |  |  |
| Animateur STAPS |  |  |
| Orthophoniste |  |  |
| Diététicien |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Autres effectifs paramédicaux** | **Nombre** | **ETP**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* **Autres**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| Secrétariat |  |  |
| Autres  |  |  |
|  |  |  |

1. Locaux - Fonctionnement
* **Locaux**

Bureau d’accueil Oui [ ]  Non [ ]

Bureaux de consultations Oui [ ]  Non [ ]

Salle de rééducation Oui [ ]  Non [ ]

* **Plateau technique**

*Préciser les plages réservées pour certains équipements*

|  |
| --- |
|  |

1. Fonctionnement – organisation
* **Organisation interne**

Modalités d’admission

*Préciser*

|  |
| --- |
|  |

Recours à d’autres spécialistes

Psychiatrie  Oui [ ]  Non [ ]

Oncologie  Oui [ ]  Non [ ]

Autres (Préciser) :

Organisation des relations avec le médecin traitant

|  |
| --- |
|  |

Modalités d’organisation de la concertation des professionnels autour du dossier médical :

|  |
| --- |
|  |

Liens avec la famille (remise des résultats, accueil,….) :

|  |
| --- |
|  |

* **Organisation de prises en charge spécifiques**

Evaluations médico-psycho-sociales Oui [ ]  Non [ ]

Les chutes et fractures Oui [ ]  Non [ ]

Le bilan mémoire Oui [ ]  Non [ ]

Oncogériatrie Oui [ ]  Non [ ]

Autres (exemples : anémies réfractaires, dénutrition, pansements, etc.)

|  |
| --- |
|  |

1. Formation du personnel

*Thèmes des formations réalisées et leurs destinataires*

|  |
| --- |
|  |

L’EQUIPE MOBILE DE GERIATRIE

*Dans cette partie seront décrites, les différentes activités autorisées de l’EMG (intra, extra-hospitalière à domicile et en EHPAD)*

1. EMG intra-hospitalière
* **Le personnel**

L’équipe médicale

Nom du médecin gériatre responsable :

Adresse mail :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| Gériatre |  |  |
| Autres effectifs médicaux *(préciser la spécialité)* |  |  |
|  |  |  |

L’équipe paramédicale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| IDE |  |  |
| Aides-soignants  |  |  |
| *Dont formés ASG* |  |  |
| Psychologue  |  |  |
| Assistant social |  |  |
| Psychomotricien |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |
| Kinésithérapeute |  |  |
| Orthophoniste |  |  |
| Diététicien |  |  |

Autres

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| Secrétariat |  |  |
| Autres  |  |  |
|  |  |  |

* **Locaux**

Secrétariat Oui [ ]  Non [ ]

Archivage des dossiers Oui [ ]  Non [ ]

* **Fonctionnement – organisation**

**Modalités d’intervention**

* Service d’urgences de l’établissement

*Préciser si passage systématique ou sur demande en journée, modalités d’intervention.*

|  |
| --- |
|  |

* Autres services internes

*Préciser les services où l’EMG intervient, les modalités d’intervention (patient vu par IDE et/ou médecin, rôles respectifs des membres de l’équipe…).*

|  |
| --- |
|  |

* Avis téléphoniques Oui [ ]  Non [ ]
* Autres établissements de santé Oui [ ]  Non [ ]

*Si oui, préciser lesquels et les services*

|  |
| --- |
|  |

**Protocoles**

Organisation interne

* Modalités d’organisation de la concertation des professionnels autour du dossier médical

|  |
| --- |
|  |

* Participation à la formation continue des équipes soignantes aux bonnes pratiques gériatriques

Oui [ ]  Non [ ]

*Si oui, thèmes choisis en N-1*

|  |
| --- |
|  |

Organisation de prises en charge spécifiques

Evaluations médico-psycho-sociales Oui [ ]  Non [ ]

Soins palliatifs Oui [ ]  Non [ ]

*Préciser si personnel EMG formé ou en partenariat (avec qui) :*

|  |
| --- |
|  |

Psychiatrie Oui [ ]  Non [ ]

*Préciser si personnel EMG formé ou en partenariat (avec qui) :*

|  |
| --- |
|  |

Préparation bilan mémoire Oui [ ]  Non [ ]

Autres prises en charge (en clair) Oui [ ]  Non [ ]

|  |
| --- |
|  |

1. EMG extra-hospitalière à domicile
* **Le personnel**

L’équipe médicale

Nom du médecin gériatre responsable :

Adresse mail :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| Gériatre |  |  |
| Autres effectifs médicaux *(préciser la spécialité)* |  |  |
|  |  |  |

L’équipe paramédicale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| IDE |  |  |
| Autres  |  |  |
|  |  |  |

Autres

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| Secrétariat |  |  |
| Autres  |  |  |
|  |  |  |

* **Locaux**

Secrétariat Oui [ ]  Non [ ]

Archivage des dossiers Oui [ ]  Non [ ]

* **Fonctionnement – organisation**

**Fonctionnement**

* Territoire d’intervention

|  |
| --- |
|  |

* Modalités de saisine (qui, comment ?)

|  |
| --- |
|  |

* Modalités d’organisation des relations avec le médecin traitant

|  |
| --- |
|  |

* Modalités d’organisation de la concertation des professionnels autour du dossier

|  |
| --- |
|  |

* Evaluation des conditions de vie pour réduire les risques à domicile par la visite à domicile possible d’un ergothérapeute Oui [ ]  Non [ ]

|  |
| --- |
|  |

* Modalités d’organisation des liens avec dispositifs du domicile (CLIC, services sociaux, SSIAD, réseaux de santé….)

|  |
| --- |
|  |

**Organisation de prises en charge spécifiques**

Evaluations médico-psycho-sociales Oui [ ]  Non [ ]

Soins palliatifs Oui [ ]  Non [ ]

*Préciser si personnel EMG formé ou en partenariat (avec qui) :*

|  |
| --- |
|  |

Psychiatrie Oui [ ]  Non [ ]

*Préciser si personnel EMG formé ou en partenariat (avec qui) :*

|  |
| --- |
|  |

Préparation bilan mémoire Oui [ ]  Non [ ]

Autres prises en charge (en clair) Oui [ ]  Non [ ]

|  |
| --- |
|  |

1. EMPGE (équipe mobile de psychogériatrie en EHPAD)
* **Le personnel**

L’équipe médicale

Nom du médecin gériatre responsable :

Adresse mail :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| Gériatre |  |  |
| Autres effectifs médicaux *(préciser la spécialité)* |  |  |
|  |  |  |

L’équipe paramédicale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| IDE |  |  |
| Psychologue |  |  |
| Autres  |  |  |
|  |  |  |

Autres

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| Secrétariat |  |  |
| Autres  |  |  |
|  |  |  |

* **Locaux**

Secrétariat Oui [ ]  Non [ ]

Archivage des dossiers Oui [ ]  Non [ ]

* **Fonctionnement – organisation**
* Territoire d’intervention

|  |
| --- |
|  |

* Modalités de saisine de l’équipe (qui, comment ?)

|  |
| --- |
|  |

* Modalités d’organisation des relations avec le médecin traitant

|  |
| --- |
|  |

* Modalités d’organisation de la concertation des professionnels autour du dossier

|  |
| --- |
|  |

L’UNITE DE SSR GERIATRIQUE

1. Personnel
* **Equipe médicale**

Nom du médecin gériatre responsable :

Adresse mail :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| Gériatre |  |  |
| Autres effectifs médicaux *(préciser la spécialité)* |  |  |
|  |  |  |

* **Equipe paramédicale**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| IDE |  |  |
| Aides-soignants  |  |  |
| *Dont formés ASG* |  |  |
| Aide médico-psychologique |  |  |
| Psychologue  |  |  |
| Assistant social |  |  |
| Psychomotricien |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |
| Kinésithérapeute |  |  |
| Animateur STAPS |  |  |
| Orthophoniste |  |  |
| Diététicien |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Autres effectifs paramédicaux** | **Nombre** | **ETP**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* **Autres**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| Secrétariat |  |  |
| Autres  |  |  |
|  |  |  |

1. Locaux - Fonctionnement
* **Locaux et équipements**

Chambres

* + A un ou deux lits à hauteur variable électriques Oui [ ]  Non [ ]
	+ Avec cabinet de toilettes (WC, douche avec siphon) Oui [ ]  Non [ ]

Espaces de circulation équipés de main courante Oui [ ]  Non [ ]

Locaux de stockage des équipements adaptés à la dépendance Oui [ ]  Non [ ]

Equipements adaptés à la dépendance Oui [ ]  Non [ ]

* + Fauteuils roulants Oui [ ]  Non [ ]
	+ Aides à la marche Oui [ ]  Non [ ]
	+ Système de pesée Oui [ ]  Non [ ]
	+ Système de transfert Oui [ ]  Non [ ]
	+ Matelas anti-escarres Oui [ ]  Non [ ]

Locaux adaptés aux malades Alzheimer Oui [ ]  Non [ ]

Locaux de rééducation Oui [ ]  Non [ ]

*Décrire*

|  |
| --- |
|  |

Locaux de consultations, entretiens et éducation Oui [ ]  Non [ ]

Lieux de réception des familles Oui [ ]  Non [ ]

Lieux de convivialité Oui [ ]  Non [ ]

* **Fonctionnement – organisation**

Accès aux spécialités Oui [ ]  Non [ ]

Bilan médico-psycho-social Oui [ ]  Non [ ]

Projet thérapeutique personnalisé Oui [ ]  Non [ ]

Procédure de préadmission Oui [ ]  Non [ ]

Dossier médical partagé Oui [ ]  Non [ ]

Fiche d’orientation Oui [ ]  Non [ ]

Organisation des sorties Oui [ ]  Non [ ]

LA CONSULTATION MEMOIRE

1. Personnel
* **Equipe médicale**

Nom du médecin gériatre responsable :

Adresse mail :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| Gériatre |  |  |
| Autres *(préciser la spécialité)* |  |  |
|  |  |  |

* **Equipe paramédicale**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| Neuropsychologue |  |  |
| IDE |  |  |
| Orthophoniste |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Autres effectifs paramédicaux** | **Nombre** | **ETP**  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* **Autres**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| Secrétariat |  |  |
| Autres  |  |  |
|  |  |  |

1. Fonctionnement – organisation

Recours à la psychiatrie Oui [ ]  Non [ ]

Accès organisé à l’imagerie cérébrale Oui [ ]  Non [ ]

Accès organisé à l’hôpital de jour gériatrique Oui [ ]  Non [ ]

Modalités de PEC :

* Tests neuropsychologiques Oui [ ]  Non [ ]
* Identification de situations complexes justifiant le recours au CMRR Oui [ ]  Non [ ]
* Travail en coopération avec les autres établissements du territoire Oui [ ]  Non [ ]
* Implication dans la formation des personnels Oui [ ]  Non [ ]

L’UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE

1. Personnel
* **Equipe médicale**

Nom du médecin gériatre responsable :

Adresse mail :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| Gériatre |  |  |
| Autres effectifs médicaux *(préciser la spécialité)* |  |  |
|  |  |  |

* **Equipe paramédicale**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| IDE |  |  |
| Aides-soignants  |  |  |
| *Dont formés ASG* |  |  |
| Aide médico-psychologique |  |  |
| Psychologue  |  |  |
| Assistant social |  |  |
| Psychomotricien |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |
| Kinésithérapeute |  |  |
| Animateur STAPS |  |  |
| Orthophoniste |  |  |
| Diététicien |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Autres effectifs paramédicaux** | **Nombre** | **ETP**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* **Autres**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| Secrétariat |  |  |
| Autres  |  |  |
|  |  |  |

1. Locaux et équipements

Chambres

* + A un ou deux lits à hauteur variable électriques Oui [ ]  Non [ ]
	+ Avec cabinet de toilettes (WC, douche avec siphon) Oui [ ]  Non [ ]

Espaces de circulation équipés de main courante Oui [ ]  Non [ ]

Locaux de stockage des équipements adaptés à la dépendance Oui [ ]  Non [ ]

Equipements adaptés à la dépendance Oui [ ]  Non [ ]

* + Fauteuils roulants Oui [ ]  Non [ ]
	+ Aides à la marche Oui [ ]  Non [ ]
	+ Système de pesée Oui [ ]  Non [ ]
	+ Système de transfert Oui [ ]  Non [ ]
	+ Matelas anti-escarres Oui [ ]  Non [ ]

Locaux adaptés aux malades Alzheimer Oui [ ]  Non [ ]

Locaux de consultation, entretien et éducation Oui [ ]  Non [ ]

Lieux de réception des familles Oui [ ]  Non [ ]

Lieux de convivialité Oui [ ]  Non [ ]

1. Fonctionnement – organisation

Procédure de préadmission Oui [ ]  Non [ ]

Contrat de séjour Oui [ ]  Non [ ]

Bilan médico-psycho-social Oui [ ]  Non [ ]

Projet thérapeutique personnalisé Oui [ ]  Non [ ]

Dossier médical partagé Oui [ ]  Non [ ]

Accès aux spécialités Oui [ ]  Non [ ]

Organisation des sorties Oui [ ]  Non [ ]

* **Protocoles**

Organisation interne

* Modalités d’intervention et d’astreinte des praticiens

|  |
| --- |
|  |

* Modalités d’organisation de la concertation des professionnels autour du dossier médical

|  |
| --- |
|  |

* Participation à la formation continue des équipes soignantes en pratiques gériatriques

Oui [ ]  Non [ ]

*Si oui, thèmes choisis*

|  |
| --- |
|  |

* Organisation des liens avec les familles et usagers

*(Jours définis de réception, boite à idées, traitement des plaintes, commission personnes âgées,…)*

|  |
| --- |
|  |

* Organisation de prises en charge spécifiques

Evaluations médico-psycho-sociales Oui [ ]  Non [ ]

Soins palliatifs Oui [ ]  Non [ ]

Psychiatrie Oui [ ]  Non [ ]

Bilan mémoire Oui [ ]  Non [ ]

Autres Oui [ ]  Non [ ]

|  |
| --- |
|  |

Organisation externe

Organisation des relations avec le médecin traitant

*Décrire*

|  |
| --- |
|  |

Organisation des liens avec dispositifs du domicile (CLIC, services sociaux, SSIAD, réseaux de santé….)

|  |
| --- |
|  |

Liens avec les EHPAD

|  |
| --- |
|  |

L’HOSPITALISATION A DOMICILE

1. Personnel
* **Equipe médicale**

Nom du médecin coordonnateur :

Spécialité :

Formations complémentaires (soins palliatifs, gériatrie, etc.) :

Si temps partiel, mentionner les autres fonctions :

Adresse mail :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| Médecin coordonnateur |  |  |
| Autres effectifs médicaux *(préciser la spécialité)* |  |  |
|  |  |  |

* **Equipe paramédicale salariée**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| IDE |  |  |
| Aides-soignants  |  |  |
| *Dont formés ASG* |  |  |
| Assistant social |  |  |
| Psychologue  |  |  |
| Diététicien |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Autres effectifs paramédicaux** | **Nombre** | **ETP**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* **Autres**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP**  |
| Secrétariat |  |  |
| Autres  |  |  |
|  |  |  |

1. Fonctionnement - organisation

Territoire d’intervention

|  |
| --- |
|  |

Conventions avec IDE libéraux Oui [ ]  Non [ ]

Nombre :

Conventions avec EHPAD Oui [ ]  Non [ ]

Nombre :

Conventions avec SSIAD Oui [ ]  Non [ ]

Nombre :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **THEMES** | **REF. ANAP** | **QUESTIONNAIRE** | **REPONSE DE L’ETABLISSEMENT** |
| **(OUI/NON/A COMPLETER)** |
| **La filière interne de l’établissement**  |
| **Gouvernance** | **7** | La coordination administrative et la coordination médicale (gériatre) de la filière sont-elles en place ?  |   |
|  | Cette coordination de la filière est-elle différente de celle du pôle en secteur public ? Le pôle comprend-il toutes les unités de la gériatrie ? |   |
|  | Y a-t-il une commission gériatrique auprès de l'instance médicale représentative? |   |
|  | Les différentes spécialités visées par la coopération en interne sont-elles représentées en commission gériatrique (urgences, orthopédie/rhumatologie, neurologie, psychiatrie, oncologie) |   |
|   | S’il n’y a pas de commission gériatrique, y a-t-il des réflexions pré-existantes avec des spécialités visées par l’appel à projets ? si oui, lesquelles ? |   |
| **9** | Les usagers et/ou les aidants sont-ils impliqués dans la gouvernance de la filière ? |   |
| **53** | La filière a-t-elle conventionné avec le CHU pour accueillir des internes?  |   |
|  |
| **Diagnostic interne** | **16** | La filière bénéficie-t-elle des compétences du DIM  et/ou du contrôleur de gestion ? |   |
| **20** | Avez-vous défini des profils patients pour organiser la filière ? |   |
| **19** | Avez-vous décrit les flux de personnes âgées entrant par les urgences ? |   |
| **34** | Des chemins cliniques ont-ils été formalisés (planification des soins, définition des missions des acteurs, conditions de déclenchement des avis spécialisés, etc.)? |   |
| **35** | Des démarches de type "patient traceur" sont-elles déployées au sein de la filière ? |   |
|  |  |   |   |
| **Organisation et fonctionnement** | **1** | La filière dont vous faites partie comporte-t-elle toutes les structures de soins recommandées par la circulaire de 2007 et les critères du PRS (court séjour gériatrique d'au moins 20 lits, équipe mobile de gériatrie, unité de consultations et d’hospitalisation de jour gériatrique , SSR gériatrique, USLD, structure d'urgences) ? |   |
| **28** | L'EMG est-elle en mesure de répondre aux sollicitations pour avis gériatrique de tous les services de MCO qui en ont besoin ? |   |
| **50** | Un outil de repérage des personnes en risque de fragilité ou risque d’iatrogénie hospitalière existe-t-il aux urgences et dans les services hospitaliers (hors gériatrie) ? |   |
| **29** | L'EMG intervient-elle aux urgences ? |   |
| **30** | Aux urgences, une organisation dédiée aux personnes âgées (ex. : circuit court spécifique, Unité d'Hospitalisation de Courte Durée dédiée attenante aux urgences...) a-t-elle été mise en place ? |   |
| **44** | Travaillez-vous étroitement avec les services de MCO (réunions bilatérales régulières avec les chefs de service, chartes de fonctionnement…) ? |   |
| **33** | La durée prévisionnelle de séjour dans la filière est-elle estimée en début de séjour (en CSG et SSRg) ? |   |
| **31** | Des actions spécifiques sont-elles menées en vue d'optimiser les durées de séjour ? |   |
| **26** | Des actions spécifiques sont-elles menées pour diminuer les mutations internes à l'établissement MCO (en provenance d'autres unités d'hospitalisation complète vers la gériatrie) ? |   |
| **27** | Des actions spécifiques sont-elles menées pour gérer les situations d'hébergement de gériatrie dans d'autres services (ex : évaluation rapide, disponibilités des plateaux techniques, mobilisation des compétences) ? |   |
| **14** | Les modalités permettant l'échange d’informations (fiche de liaison médicale et infirmière, etc.) sont-elles réfléchies collectivement au sein de la filière ? |   |
| **47** | La filière facilite-t-elle l'accès aux spécialités non gériatriques (soins palliatifs, psychiatrie, etc.) ? |   |
| **46** | Des téléconsultations gériatriques ont-elles été mises en place pour les structures partenaires (EHPAD) ? si oui de quels types ? |   |
|
| **38** | Des protocoles d'indications de l'hospitalisation à domicile sont-ils formalisés ? si oui lesquels ? |   |
| **48** | Un numéro unique est-il en place pour assurer un premier niveau de réponse gériatrique par téléphone aux partenaires dont médecins traitants ? |   |
| **49** | La filière propose-t-elle des formations aux personnels des services d'urgences (ex. : repérage de la fragilité) ? si oui lesquelles ? |   |
|  | La filière propose-t-elle des formations flash dans les autres services ? si oui lesquelles ? |   |





*A dupliquer si plusieurs trajectoires identifiées*

*Nom(s) et fonction du (ou des) médecin(s) référent(s) pour cette trajectoire :*

*Date(s) et signature(s) du (ou des) médecin(s) référent(s) :*

Trajectoire identifiée :

1. Diagnostic

*Indiquer les éléments diagnostics qui ont permis d’identifier le choix d’amélioration de cette trajectoire.*

|  |
| --- |
|  |

1. Pistes envisagées

*Décrire les pistes envisagées et leurs modalités de mise en œuvre*

|  |
| --- |
|  |