

## Fiche commune aux EGS – région Centre

<b>Nom/Prénom :</b> <b>Age :</b> <b>Sexe :</b> Lieu de réalisation de l'EGS : <input type="checkbox"/> en consultation externe	<b>EGS demandée par :</b> <b>Réalisée par :</b> <b>Date</b> de l'évaluation onco-gériatrique : <input type="checkbox"/> en court séjour gériatrique <input type="checkbox"/> en SSR
---	---

<b>Pathologie en cause :</b> <b>Stade :</b> <input type="checkbox"/> Localisé <input type="checkbox"/> Métastatique	<b>Score G8 :</b> <b>G8 réalisé par :</b> <input type="checkbox"/> Oncologue <input type="checkbox"/> Gériatre
--	---

### Comorbidités

**Score CIRS-G (Cumulative Illness Rating for Geriatrics) :** .....

**Nombre de comorbidités sévères** (grade 3 et 4 selon CIRS-G) : .....

*Grade 3 : comorbidité sévère, affection constante et significative, traitement de 2<sup>ème</sup> ligne*  
*Grade 4 : comorbidité extrêmement sévère, traitement immédiat, insuffisance organique terminale, altération fonctionnelle sévère*

**Nombre de médicaments :** .....

**Fonction rénale (MDRD) :** ..... mL/mn/1,73m<sup>2</sup>

### Fonctionnel

**ADL** (Activities of Daily Living) : ..../6  
**IADL** (Instrumental Activities of Daily Living) : ..../8

### Risque de chute

**Chutes à répétition :**  Oui  Non  Non évaluable  
**Nombre de chutes dans les 6 derniers mois :** .....

**Appui monopodal  $\geq$  5 secondes :**  Oui  Non  Non évaluable

### Cognitif-thymique

**MMS** (Mini Mental State) : ..../30  
**Mini GDS** (Geriatric Depression Scale) : ..../4

### Nutritionnel

**Taille :** .....m **Poids :** .....kg **IMC :** ..... kg/m<sup>2</sup>

**Perte de poids involontaire :**

Non   $\geq$  5 % en 1 mois   $\geq$  10 % en 1 mois   $\geq$  10% en 6 mois  
  $\geq$  15% en 6 mois  Ne sait pas  Non évaluable

**MNA** (Mini Nutritional Assessment) : ..../30  
**Albumine :** ..... g/L  
**Escarre :**  Oui  Non

### Conditions de vie :

**Habitat :**  Domicile  Foyer-logement ou résidence service  EHPAD  Autre : .....

Si domicile, vit seul ?  Oui  Non

**Nécessité de mettre en place des aides ou adapter les aides existantes :**  Oui  Non

**Identification d'un aidant :**  Oui  Non

<b>Index de Lee :</b> <input type="checkbox"/> $<$ 4% <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 42% <input type="checkbox"/> 64%
<b>Groupe de vieillissement :</b> <input type="checkbox"/> Groupe I <input type="checkbox"/> Groupe II <input type="checkbox"/> Groupe III

### Informations facultatives :

**Espérance de vie selon l'âge et le sexe** (INSEE) : ..... ans  
**Clairance de la créatinine** (COCKROFT) : ..... mL/mn .....  $\mu$ mol/L  
**IADL** Depistage : .....

**Incontinence urinaire** :  Oui, totale                       Oui, partielle                       Non  
**GDS** (Geriatric Depression Scale) :  
**MMS** (Mini Mental Scale), score des 3 mots :  
**Test des 5 mots** :  
**Taux d'hémoglobine** : ..... g/dL  
**GIR (Groupe Iso Ressource)** :

## A l'issue de la consultation

### Recommandations du gériatre, examens et soins à réaliser :

#### **NUTRITION**

- consultation avec diététicienne                       compléments alimentaires                       conseils diététiques

#### **COGNITION**

- bilan neuropsychologique                       rééducation orthophonique                       prévention aggravation trouble cognitif

#### **THYMIE**

- proposition prise en charge par psychologue ou psychiatre  
 proposition intervention IDE secteur géronto-psychiatrique  
 proposition traitement anxiolytique, antidépresseur ou hypnotique

#### **MARCHE**

- intervention kinésithérapeute     activité physique conseillée

#### **SOCIAL**

- proposition contact avec assistante sociale                       mise en place et adaptation plan d'aide  
 aménagement de l'habitat                       conseil sur l'institutionnalisation

#### **COMORBIDITÉS ET GESTION DES COMORBIDITÉS**

- équilibrage des pathologies chroniques  
 proposition de modification thérapeutique  
 examens complémentaires proposés

#### **DOULEUR/ SOINS PALLIATIFS**

- adaptation thérapeutique                       proposition RDV centre antidouleurs                       contact avec EDASP

#### **AVIS SPÉCIALISÉS**

- Anesthésiste                       Cardiologue                       Dermatologue                       Endocrinologue  
 Gastroentérologue                       Neurologue                       Ophtalmologue                       ORL  
 Rhumatologue                       Urologue                       Autres : .....

### PROPOSITIONS DE PRISE EN CHARGE (sous réserve de l'application des soins ci-dessus) :

- Traitement standard optimal**  
 **Traitement adapté**  
 **Traitement symptomatique**

### Conclusions du gériatre :