

Nom/Prénom :	EGP demandée par :		
Age :	Réalisée par :		
Sexe :	Date de l'EGP :		
Lieu de réalisation de l'EGP :	<input type="checkbox"/> en consultation externe	<input type="checkbox"/> en court séjour gériatrique	<input type="checkbox"/> en SSR
	<input type="checkbox"/> en hospitalisation	<input type="checkbox"/> en HDJ	

Pathologie en cause :	Score G8 : ...../14
Stade : <input type="checkbox"/> Localisé <input type="checkbox"/> Métastatique	G8 réalisé par : <input type="checkbox"/> Oncologue <input type="checkbox"/> Gériatre

### COMORBIDITES

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*

Score de Charlson : ..... /24

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

IADL Dépistage G-CODE : ..... /4

*Attention : la cotation de l'IADL dépistage est inversée par rapport aux pratiques habituelles de cotations de l'IADL dépistage. Ici, la capacité du patient à réaliser les activités du test doit être cotée « 1 »*

Timed Up and Go Test (*anormal si > 20 secondes*)

- se lever d'un fauteuil avec accoudoirs :  Fait = 1  Ne fait pas ou non réalisable = 0
- traverser la pièce (distance de 3 mètres) :  Fait = 1  Ne fait pas ou non réalisable = 0
- faire demi-tour :  Fait = 1  Ne fait pas ou non réalisable = 0
- revenir s'asseoir :  Fait = 1  Ne fait pas ou non réalisable = 0
- score total : ..... /4
- temps nécessaire : ..... secondes

### RISQUE DE CHUTE

Chutes à répétition :  Oui  Non  Non évaluable

Nombre de chutes dans les 6 derniers mois : .....

Appui monopodal ≥ 5 secondes :  Oui  Non  Non évaluable

### COGNITIF-THYMIQUE

MMS (Mini Mental State) : .... /30

Rappel des 3 mots : ..... /3

Mini GDS (Geriatric Depression Scale) : .... /4

Test de l'horloge : ..... /2

*Cotation : 2 si horloge correcte, 0 si incorrect, ou non réalisé*

## NUTRITIONNEL

Taille : .....m

Poids : .....kg

IMC : ..... kg/m<sup>2</sup>

Perte de poids involontaire :

- Non                       ≥ 5 % en 1 mois                       ≥ 10 % en 1 mois                       ≥ 10% en 6 mois  
 ≥ 15% en 6 mois                       Ne sait pas                       Non évaluable                       Oui, hors critères de dénutrition

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

Index de Lee :  < 4%                       15%                       42%                       64%

Groupe de vieillissement selon Balducci :

Groupe I, vieillissement réussi                       Groupe II, patient fragile                       Groupe III, vieillissement pathologique

## INFORMATIONS FACULTATIVES

Espérance de vie selon l'âge et le sexe (INSEE) : ..... ans

Clairance de la créatinine (COCKROFT) : ..... mL/mn                      ..... μmol/L

Incontinence urinaire :  Oui, totale                       Oui, partielle                       Non

GDS (Geriatric Depression Scale) :

Test des 5 mots :

Taux d'hémoglobine : ..... g/dL

GIR (Groupe Iso Ressource) :

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

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  
 conseils et informations donnés       proposition de SSR (*incluant pré-habilitation et réhabilitation*)

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 EADSP

AVIS SPÉCIALISÉS

- |  |                                       |  |   |
|--|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anesthésiste      | <input type="checkbox"/> Cardiologue  | <input type="checkbox"/> Dermatologue  | <input type="checkbox"/> Endocrinologue |
| <input type="checkbox"/> Gastroentérologue | <input type="checkbox"/> Neurologue   | <input type="checkbox"/> Ophtalmologue | <input type="checkbox"/> ORL            |
| <input type="checkbox"/> Pneumologue       | <input type="checkbox"/> Rhumatologue | <input type="checkbox"/> Urologue      | <input type="checkbox"/> Autres : ..... |

PROPOSITIONS DE TRAITEMENT ONCOLOGIQUE (*sous réserve de l'application des soins ci-dessus*):

- Oui (optimal ou adapté)  
 Non  
 Sans avis

Conclusions du gériatre :