



Nom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Délais depuis l'entrée : \_\_\_\_\_

Diagnostic de démence posé : Oui  Non 

Lequel : \_\_\_\_\_

### Description des troubles du comportement constatés par l'équipe pluridisciplinaire (IDEC):

### NPI-ES (Psychologue):

Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Résultat : \_\_\_\_\_

### Symptômes perturbateurs identifiés :

- Agitation psychomotrice
- Troubles du sommeil
- Agressivité verbale ou physique

### Description des mesures d'accompagnement non médicamenteuses mises en place (IDEC) :

### Avis du médecin coordonnateur sur le transfert :

- Favorable
- Défavorable

### Rencontre du résident (IDE et/ou IDEC et/ou psychologue) :

Date :

Recueil du consentement du résident pour le transfert en secteur protégé :

Accord  Refus  Non réalisable Visite du secteur protégée avec le résident réalisée : Oui  Non Journée(s) d'adaptation(s) réalisée(s) : Oui  Non 

### Lien avec la famille et/ou représentant légal (IDE et/ou IDEC et/ou psychologue) :

Rencontre  Appel  Date :Adhésion au projet, famille : Oui  Non Adhésion au projet représentant légal : Oui  Non Visite du secteur protégé avec la famille : Oui  Non 

### Lien avec le médecin traitant (IDE et/ou IDEC et/ou medco) :

Date :

Adhésion au projet : Oui  Non 

### Décision du directeur :

- Admission
- Refus

<b>Nom :</b> <b>Fonction :</b> <b>Visa :</b>	<u>Rédacteur</u> Dr Pinganaud Médecin coordonnateur Sandrine Riart Psychologue	<u>Validation</u> Sylvie LACOSTE, Directrice	<u>Conformité à la gestion qualité</u> Audrey TINNES, Chargée Qualité
--	--	--	---