




GERIATRIE AMBULATOIRE

Consultations - Hôpital de Jour - Oncogériatrie - Equipe Mobile Gériatrique

PÔLE PERSONNES AGEES

Secrétariat : 03. 80. 29. 52. 84

| | |
|---|---|
| De la part du Dr : | Date de la demande : |
|  Email : | |
| PATIENT (OBLIGATOIRE) | |
| NOM : Nom de Naissance : Prénom : Date de Naissance : |  Adresse : |
| AIDANT/Contact privilégié : | |
| Nom/Prénom : |  |
| MOTIF de la DEMANDE | |
| <input type="radio"/> Troubles cognitifs MMS (<i>facultatif</i>) : <input type="radio"/> Troubles de l'humeur/du comportement <input type="radio"/> Chutes à répétition et/ou trouble de la marche <input type="radio"/> Problématique médico-sociale | <input type="radio"/> Isolement social <input type="radio"/> Altération de l'état général <input type="radio"/> Dénutrition/Perte de Poids <input type="radio"/> Cancer <input type="radio"/> Autre : |
| COMMENTAIRE : | |
| ATCD/ALLERGIES : | TRAITEMENT EN COURS |
| <input type="radio"/> Maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées <input type="radio"/> Insuffisance cardiaque <input type="radio"/> HTA <input type="radio"/> Allergie <input type="radio"/> Insuffisance rénale <input type="radio"/> Arthrose <input type="radio"/> Dépression <input type="radio"/> Anémie <input type="radio"/> Autres : | <input type="radio"/> Chutes <input type="radio"/> Fracture(s) Préciser : <input type="radio"/> Diabète <input type="radio"/> AVC <input type="radio"/> Cancer |
| CARACTERE D'URGENCE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| Demande à renseigner afin qu'un RDV soit donné et à adresser par FAX au 03. 80. 29. 52. 85 ou par mail à : hopitaldejourgeriatrie@chu-dijon.fr Nous vous remercions de votre confiance | |