

## 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** Troubles cognitifsMMS (*facultatif*) : Troubles de l'humeur/du comportement Chutes à répétition et/ou trouble de la marche Problématique médico-sociale Isolement social Altération de l'état général Dénutrition/Perte de Poids Cancer Autre :**COMMENTAIRE :****ATCD/ALLERGIES :** Maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées Insuffisance cardiaque HTA Allergie Insuffisance rénale Arthrose Dépression Anémie Autres : Chutes Fracture(s)

Préciser :

 Diabète AVC Cancer**TRAITEMENT EN COURS****CARACTERE D'URGENCE** OUI 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](mailto:hopitaldejourgeriatrie@chu-dijon.fr)  
Nous vous remercions de votre confiance