



FICHE DE PRE ADMISSION HOPITAL DE JOUR GERIATRIQUE

Médecin prescripteur :

Date demande :

Délai souhaité :

NOM : Prénom :

Adresse :

Date de naissance.....

Téléphone personnel :

PERSONNE A PREVENIR

Nom :

Prénom :

Qualité : Aidant principal : précisez : Tuteur :

Téléphone : Mobile : Fixe :

MEDECIN TRAITANT : **PREVENU :** Oui Non

MOTIF DE LA DEMANDE :

- Suivi
- Bilan gériatrique approfondi avec *Projet personnalisé de soins*
- Evaluation oncogériatrique
- Evaluation fragilité et prévention de la dépendance
- Bilan étiologique d'une plainte mnésique ou d'un déficit cognitif
- Bilan de médecine gériatrique
- Annonce diagnostic
- Autre :

INTERVENANTS :

- Assistante sociale
- Diététicienne
- Neuro psychologue : Bilan cognitif simple Bilan neuro psychologique
- Suivi aidants
- Ergothérapeute
- Autre :

CONSULTATIONS SPECIALISTES :

Précisez :
.....

EXAMENS :

- Bilan standard + Albumine + Folates / Vit. B12
- Précisez si compléments :**
- TDM Cérébral : APC SPC
- IRM Date :
- Autres :

DATE PROGRAMMATION HDJ :

MODE DE TRANSPORT : personnel VSL/Taxi Ambulance