

PERSONNE A PREVENIR POUR LE RDV

Nom : _____
Lien de parenté : _____
Tel : _____
Nom du médecin traitant : _____
Tel : _____
E-mail : _____
Nom du médecin prescripteur : _____

INFORMATION PATIENT

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
Tel : _____
Adresse : _____
Mesure de protection juridique : Oui Non
Si oui, coordonnées du tuteur : _____

Date de la demande : _____

A la demande de : UMG Service de soins Nuage
 Médecin traitant Consultation mémoire
 UCOG Autres

Date souhaitée : urgent à 1 mois à 2 mois à 3 mois autres

VOLET MEDICAL

OBJECTIF DU BILAN

- Evaluation globale des fragilités gériatriques
- Suivi des fragilités après hospitalisation
- Troubles cognitifs
- Troubles du comportement à préciser : _____
- Perte de poids
- Troubles de la marche Chutes
- Bilan avant prise en charge HDJ SSR prévention des chutes (Hennebont)
- Bilan gériatrique pré-opératoire
Type d'intervention : _____ date prévue : _____
- Bilan social
- Actes techniques (Quimperlé)
 - Transfusion Hb : _____
 - Perfusion à préciser : _____
- Ponction d'ascite Ponction pleurale
- Ponction lombaire à visée diagnostique cognitive (Quimperlé/Hennebont)
- Autres _____

MOBILITE DU PATIENT

Valide Fauteuil Lit

REGIME ALIMENTAIRE

Votre patient et /ou sa famille accepte l'évaluation à l'HDJ MCO Oui Non

**Merci de nous communiquer les antécédents, le traitement en cours
ainsi que les résultats biologiques ou radiologiques récents.**