

FORMULAIRE DE DEMANDE D'HOSPITALISATION DE JOUR PLURIDISCIPLINAIRE-GÉRIATRIE

GERIATRIE

CHEF DE SERVICE : Dr Sandrine TOURNIER-LOUVEL

HÔPITAL DE JOUR GÉRIATRIQUE

MEDECINS : Dr Bénédicte DUBOIS ROCH

Dr Véronique HERR

Dr Sandrine TOURNIER-LOUVEL

26 boulevard de Louvain - 13008 Marseille

TEL Secr.: 04.91.80.71.61 - FAX IDE : 04.91.80.71.62

PATIENT :

Nom..... Date de naissance/...../.....

Prénom..... Sexe F M

Tel domicile

Tel famille (préciser le lien parental)

Tel autre (maison de retraite, tuteur, etc...)

ORIGINE DE LA DEMANDE

Signature + tampon

MEDECIN DEMANDEUR Dr

Téléphone :

Adresse :

Date de la demande :

MOTIF DE LA DEMANDE

☐ Bilan cognitif

☐ Transfusion

☐ Bilan anémie

☐ Bilan de chute

☐ Troubles de l'équilibre

☐ Troubles de la marche

☐ Bilan oncogériatrique

☐ Bilan de diabète

☐ Bilan de dénutrition

☐ Bilan cardio-gériatrique
(TAVI, Insuffisance cardiaque)

☐ AEG

☐ Bilan pré-admission en EHPAD

☐ Bilan pré-opératoire

Le patient a-t-il bénéficié d'un TDM ou d'une IRM cérébrale depuis moins de 1 an : ☐ oui ☐ non

Le patient présente-t-il une contre-indication à l'IRM : ☐ oui ☐ non

ANTECEDENTS ET HISTOIRE CLINIQUE

AUTONOMIE

☐ Aucune aide

☐ Aide partielle

☐ Aide totale

TRAITEMENT ACTUEL (joindre la dernière ordonnance)

**Demande à remplir et à adresser par fax au 04.91.80.71.62
ou par mail idehjp@hopital-saint-joseph.fr
Nous vous remercions de votre confiance**

AVIS GERIATRE :

VALIDATION

OUI

NON