

FORMULAIRE DE DEMANDE D'HDJ GERIATRIQUE
FAXER AU 02 62 56 49 58

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Médecin demandeur :
Adresse :	
Téléphone :	
Référent familial (présence obligatoire) :	

Motif principal de la demande :

- Evaluation Gériatrique Globale standardisée
- Bilan de démence + tests
- Evaluation de troubles du comportement sur démence connue
- Bilan de perte d'autonomie et prise en charge médico psycho sociale
- Bilan de chute
- Bilan d'altération de l'état général
- Evaluation oncogériatrique : G8=
- Suivi insuffisance cardiaque
- Suivi de polyopathologies complexes
- Evaluation gériatrique avant projet palliatif /décision éthique
- Pansement complexes
- Dépistage de fragilité

Actes :

- Ponction lombaire : Amyloïde Evacuatrice
- Transfusion :CGR CPA

- Ponction d'ascite :
- Perfusion spécialisée :.....
- Ablation de sonde : Enlever la sonde la veille au soir de l'HDJ

Autonomie : Valide Aide partielle grabataire

Antécédents et Histoire clinique : courrier à fournir si non connu du service

Traitement : copie de la dernière ordonnance