

Personne à prévenir pour le rendez-vous

Nom prénom :

Lien avec le patient :

Téléphone :

Médecin traitant

Nom :

Coordonnées :

Médecin prescripteur

Nom :

Coordonnées :

Informations patient

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Adresse :

QUESTIONNAIRE PRÉ-ÉVALUATION GÉRIATRIQUE GLOBALE

*Ce questionnaire permettra au médecin d'orienter la consultation en fonction de vos besoins.
Nous vous remercions de l'envoyer rempli par retour de mail à secretariatconsultation@hopitalporteverte.com
ou par fax au 01.39.63.74.17.*

Vous pouvez également imprimer ce questionnaire et l'apporter, rempli, le jour de votre consultation.

	Oui	Non	Ne sait pas
<i>Vivez-vous seul ?</i>			
<i>Avez-vous perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?</i>			
<i>Vous sentez-vous plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?</i>			
<i>Avez-vous plus de difficultés pour vous déplacer depuis ces 3 derniers mois ?</i>			
<i>Rencontrez-vous des difficultés de mémoire ?</i>			
<i>Avez-vous une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?</i>			