

Demande provenant de :

CS HLPV Médecin traitant Autre

Médecin demandeur :

Nom, prénom : Téléphone :

Identité du patient :

Nom : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Aidant / contact privilégié :

Nom, prénom :

Lien avec le patient : Téléphone :

Motif de la demande

Bilan de fragilité **Mémoire** : troubles cognitifs avérés ou diagnostic connu
(MMS < 20, Test des 5 mots de Dubois < 8/10)

Préciser score : MMS : ; Dubois :

Dénutrition

Mobilité

Prise en charge dans le cadre du maintien à domicile

Renseignements cliniques :

(Antécédents, contexte du patient, traitement en cours, examens ou bilans déjà réalisés, etc.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....