

Fiche de demande d'admission

Hôpital de jour de Gériatrie

Date de demande :

Demande provenant de :

☐ HLPV ☐ Médecin traitant ☐ Autre.....

Médecin prescripteur :

Nom, prénom : Signature :

Téléphone :

Identité du patient :

Nom : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :
.....

Téléphone : Mail :

Aidant : contact privilégié (si besoin)

Nom, prénom :

Lien avec le patient :

Téléphone : Mail :

Motif de la demande :

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

☐ **Dénutrition**

☐ **Mobilité**

Motif de la demande :

☐ **Prise en charge dans le cadre du maintien à domicile**

☐ **Prise en charge de l'aidant (aidant en difficulté, aidant épuisé)**

☐ **Fer inject**

Urgence de la demande :

Renseignements cliniques :

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

[illegible]