

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'HOSPITALISATION DE JOUR GERIATRIQUE

### GERIATRIE

CHEF DE SERVICE : Dr Sandrine TOURNIER-LOUVEL

### HÔPITAL DE JOUR GÉRIATRIQUE

MEDECIN RESPONSABLE : Dr Bénédicte DUBOIS ROCH

26 boulevard de Louvain - 13008 Marseille

TEL: 04.91.80.71.61

FAX : 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 oncogériatrique

Transfusion

Cure de FERINJECT

Bilan de chute

Troubles de l'équilibre

Troubles de la marche

Bilan oncogériatrique

Bilan de diabète

Bilan de dénutrition

Perte d'autonomie

AEG

Bilan pré-admission en EHPAD

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 [emgeriatrie@hopital-saint-joseph.fr](mailto:emgeriatrie@hopital-saint-joseph.fr)**

**Nous vous remercions de votre confiance**

AVIS GERIATRE :

VALIDATION

OUI

NON