

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'HOSPITALISATION DE JOUR PLURIDISCIPLINAIRE-GÉRIATRIE

**GERIATRIE**

CHEF DE SERVICE : Dr Sandrine TOURNIER-LOUVEL

**HÔPITAL DE JOUR GÉRIATRIQUE**

MEDECINS : Dr Bénédicte DUBOIS ROCH

Dr Véronique HERR

Dr Sandrine TOURNIER-LOUVEL

26 boulevard de Louvain - 13008 Marseille

TEL Secr.: 04.91.80.71.61 - FAX IDE : 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 cognitif

Transfusion

Bilan anémie

Bilan de chute

Troubles de l'équilibre

Troubles de la marche

Bilan oncogériatrique

Bilan de diabète

Bilan de dénutrition

Bilan cardio-gériatrique

AEG

Bilan pré-admission en EHPAD

(TAVI, Insuffisance cardiaque)

Bilan pré-opératoire

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

**Nous vous remercions de votre confiance**

AVIS GERIATRE :

VALIDATION

OUI

NON