

BON DE CONSULTATION en GERONTO-PSYCHIATRIE à DOMICILE
Pour les personnes âgées de plus de 65 ans

A faxer au secrétariat du CMP secteur X adulte : 02.41.50.06.66

DATE de la DEMANDE : 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; vertical-align: top; padding: 5px;"> Coordonnées du patient : Nom, prénom : Nom de jeune fille : Date de naissance : Adresse : </td><td style="width: 30%; vertical-align: top; padding: 5px; border: 1px solid black; text-align: center;"> <i>Coller étiquette</i> </td></tr> </table>	Coordonnées du patient : Nom, prénom : Nom de jeune fille : Date de naissance : Adresse :	<i>Coller étiquette</i>
Coordonnées du patient : Nom, prénom : Nom de jeune fille : Date de naissance : Adresse :	<i>Coller étiquette</i>		
STRUCTURE DEMANDEUSE : Tel : Fax : MEDECIN DEMANDEUR : SOIGNANT DEMANDEUR : <i>Signature du médecin ou du soignant</i>	<p style="text-align: center;">EXPLICITATION des raisons conduisant à la demande de consultation en GERONTO-PSYCHIATRIE</p> <p>1) Existe-il des Antécédents psychiatriques et lesquels : </p> <p>2) En s'appuyant sur l'algorithme décisionnel - Existe-il un trouble du comportement et si oui lequel ? </p> <p>Ce trouble du comportement est (cochez la réponse) <input type="radio"/> d'installation brutale (en moins d'une semaine) <input type="radio"/> d'installation rapide (en moins de six semaines) <input type="radio"/> d'installation progressive (en plus de trois mois) Un bilan biologique a-t-il été fait (à joindre) OUI NON</p> <p>- Existe-il un trouble du discours et si oui lequel ? </p> <p>Ce trouble du discours est (cochez la réponse) <input type="radio"/> d'installation brutale (en moins d'une semaine) <input type="radio"/> d'installation rapide (en moins de six semaines) <input type="radio"/> d'installation progressive (en plus de trois mois)</p> <p>3) Diagnostic suspecté :</p> <p>4) Considérez-vous que l'urgence soit <input type="radio"/> Immédiate (adresser alors le patient aux urgences) <input type="radio"/> Dans les deux ou trois jours à venir (hors week-end) <input type="radio"/> dans les quinze jours à venir.</p> <p>5) Autres renseignements utiles :</p>		
REPONSE FAXEE par le CMP adulte le :	Motivé (date d'intervention confirmée, observation recto) Non motivé ou réorientation proposée :		

DATE d'intervention :

.....

INTERVENANT :

.....

Signature

OBSERVATIONS