

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 : 	Coordonnées du patient : Nom, prénom : Nom de jeune fille : Date de naissance : Adresse : STRUCTURE DEMANDEUSE : Tel : Fax :	Coller étiquette
MEDECIN DEMANDEUR :	<p 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="checkbox"/> d'installation brutale (en moins d'une semaine) <input type="checkbox"/> d'installation rapide (en moins de six semaines) <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> d'installation brutale (en moins d'une semaine) <input type="checkbox"/> d'installation rapide (en moins de six semaines) <input type="checkbox"/> d'installation progressive (en plus de trois mois)</p> <p>3) Diagnostic suspecté :</p> <p>4) Considérez-vous que l'urgence soit <input type="checkbox"/> Immédiate (adresser alors le patient aux urgences) <input type="checkbox"/> Dans les deux ou trois jours à venir (hors week-end) <input type="checkbox"/> dans les quinze jours à venir.</p> <p>5) Autres renseignements utiles :</p>	
REPONSE FAXEE par le CMP adulte le :	<i>Motivé (date d'intervention confirmée, observation recto)</i> <i>Non motivé ou réorientation proposée :</i>	

DATE d'intervention :

OBSERVATIONS

INTERVENANT :

Signature