

DEMANDEUR		ETIQUETTE PATIENT ou	
<b>Nom :</b> ..... <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> Hôpital local <input type="checkbox"/> Autre CHU : <input type="checkbox"/> SAU <input type="checkbox"/> Médecine <input type="checkbox"/> Chir <b>Téléphone :</b> ..... <b>Signature :</b> .....		NOM : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../..... Adresse : ..... Code postal : ..... Ville : ..... Tél : ..... <b>Médecin Traitant :</b> ..... <b>Personne référente :</b> ..... Tél personne référente : .....	
VIE QUOTIDIENNE			
Retentissement sur la vie quotidienne : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Mode de vie : <input type="checkbox"/> A domicile isolé(e) <input type="checkbox"/> A domicile avec conjoint(e) <input type="checkbox"/> En foyer logement <input type="checkbox"/> Résidence Service <input type="checkbox"/> En maison de retraite médicalisée <input type="checkbox"/> En établissement psychiatrique <input type="checkbox"/> Autres : .....			
ANTECEDENTS			
..... ..... ..... .....			
TRAITEMENT ou joindre une ordonnance			
..... ..... ..... .....			
CONSULTATION MEMOIRE		CONSULTATION GERIATRIQUE	
NATURE DE LA DEMANDE			
<b>Plainte :</b> <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Entourage <input type="checkbox"/> Médecin et/ou autre professionnel de santé  <b>Descriptions des symptômes :</b> <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs <input type="checkbox"/> Troubles du comportement  Commentaires : ..... ..... .....  <b>MMS obligatoire :</b> ..... <b>IRM encéphalique réalisée :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non réalisée merci de la prescrire <b>Evolution :</b> Début : <input type="checkbox"/> ≤ 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois Mode évolutif : <input type="checkbox"/> Progressif <input type="checkbox"/> Rapide		<input type="checkbox"/> <b>Décompensation d'organe</b> <input type="checkbox"/> cardio-vasculaire <input type="checkbox"/> digestif <input type="checkbox"/> respiratoire <input type="checkbox"/> neuropsychiatrique <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> <b>Social</b> Commentaires : ..... ..... ..... ..... ..... <b>Modalité souhaitée :</b> <input type="checkbox"/> Equipe Mobile Gériatrique <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Hospitalisation	
DEGRE D'URGENCE SELON LE DEMANDEUR			
<b>La demande de consultation vous paraît-elle avoir un caractère d'urgence :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : Quelle en est la raison : ..... ..... .....		<input type="checkbox"/> < 48h <input type="checkbox"/> Dans la semaine <input type="checkbox"/> Dans les 15 jours  <input type="checkbox"/> Dans le mois <input type="checkbox"/> Sans urgence	
CADRE RESERVE AU POLE GERIATRIE			
Orientation : ..... ..... ..... .....			
Degré d'urgence : <input type="checkbox"/> 1 (sans urgence) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 (très urgent)			