

DEMANDE D'HOSPITALISATION DE JOUR GÉRIATRIQUE

À envoyer par fax au : **01 61 10 72 48**

ou par e-mail (messagerie sécurisée) : **hdj.geriatric@ghef.mssante.fr**

NOM DU PATIENT :

NOM DE NAISSANCE :

Date de Naissance :

Adresse :

.....

MÉDECIN DEMANDEUR :

Coordonnées tél. :

Coordonnées e-mail :

ACCUEIL SOUHAITÉ : LIT FAUTEUIL

MOTIF DE LA DEMANDE :

DATE SOUHAITÉE DE L'HDJ : JOURNÉE MATIN APRÈS-MIDI

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :

- IRM CÉRÉBRALE
- SCANNER CÉRÉBRAL
- ÉCHOGRAPHIE CARDIAQUE
- DOPPLER V MI
- ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE
- RADIO ÉPAULE
- CS DIÉTÉTIQUE
- IPA

ÉVALUATION GÉRIATRIQUE STANDARDISÉE

- TEP CERVEAU
- HOLTER RYTHMIQUE
- DOPPLERTSA
- DOPPLERTSA + AMI
- SCANNER THORACO-ABDO
- RADIO DE GENOU
- CS PSY
- ASSISTANTE SOCIALE

- DAT SCAN
- HOLTERTA
- DOPPLER AMI
- DOPPLERTSA + AMI
- RADIO PULM
- CS ORL
- NEUROPSY

AUTRES EXAMENS :

AVIS DE SPÉCIALITÉ :

BILAN BIOLOGIQUE :

DEMANDE D'HOSPITALISATION DE JOUR GÉRIATRIQUE

DONNÉES MÉDICALES :

ATCD :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TRAITEMENTS ACTUELS :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....