

Demande consult. évaluation Gériatrie

Service: CS NEURO PSYCHO GERIATRIQUE – gerontologie.secretariat5@chu-st-etienne.fr

04 77 12 73 56 / 04 77 12 71 09

Patient : _____, né(e) le : _____



Date de la demande	<input type="text"/>	Demandeur	<input type="text"/>
Médecin ou service demandeur <input type="text"/>			

Motif de la demande de consultation : _____

Objectif de la consultation : _____

Patient informé de la demande : _____

Coordonnées de la personne à contacter ou personne ressource et lien :

Imagerie en lien avec la demande : _____

Dernière biologie : _____

(Merci de joindre le résultat si possible)

Traitements : _____

Antécédents : _____

Si MMS connu :

ADL : /6

Autonome pour hygiène corporelle

non oui

Autonome pour le choix des vêtements et habillage

non oui

Autonome pour aller aux toilettes, se déshabiller et s'habiller ensuite

non oui

Autonome pour la locomotion

non oui

Autonome pour la continence

non oui

Autonome pour les repas (mange seul)

non oui

APA : oui non en cours

Lieu de vie :

Domicile

EHPAD : définitif

Foyer logement

temporaire

Autre

Votre patient a-t-il perdu du poids au cours de ces 3 derniers mois ?

oui **non** **ne sait pas**

Commentaire : _____

Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?

oui **non** **ne sait pas**

Commentaire : _____

Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ? **oui** **non** **ne sait pas**

Commentaire : _____

Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ? **oui** **non** **ne sait pas**

Commentaire : _____

Nombres de chutes sur l'année : _____

Bon de transport prévu pour la consultation : _____

Commentaires : _____