

**MEDECIN DEMANDEUR :** ..... **MEDECIN TRAITANT (si différent) :** .....

**PATIENT : Nom :** ..... **Prénom :** ..... **DDN :** ...../...../.....

**Adresse :** .....

**Téléphone personne à contacter : Patient :** ..... **Aidant :** .....

**MOTIF DE LA DEMANDE :**

.....  
.....  
.....

**PROBLEMES ACTUELS :**

**Cognitif**

- Troubles récents : .....
- Aggravation de troubles connus : .....
- Troubles du comportement : .....
- Autres : .....

**AEG**

- Perte de poids : .....

**Onco-gériatrique :** .....

**Thymique :** .....

**Troubles fonctionnels**

- Chute (date dernière chute) : .....
- Troubles de l'équilibre
- Autres : .....

**Social (si patient au domicile habituellement)**

- Maintien à domicile difficile
- Isolement social
- Epuisement aidant principal
- Autre : .....

**Autre :**

.....  
.....

**ANTECEDENTS (veuillez indiquer le spécialiste référent s'il y a lieu)**

**Dernière Clairance Créatinine :** .....

- **Neurologie :**  Parkinson  Epilepsie  AVC  Autres : .....
- **Cardiologie :**  ACFA  Insuffisance cardiaque  Infarctus  Autres : .....
- **Endocrinologie :**  Diabète  Dysthyroïdie  Autres : .....
- **Pneumologie :** .....
- **Oncologie :** .....
- **Urologie :** .....
- **Autres :** .....

**LIEU DE VIE :**

**Domicile**

- Seul
- Avec entourage : .....

**EHPAD**

**Autres :** .....

**Aides en place si patient au domicile (indiquer fréquence si possible)**

- Infirmière :** .....
- Auxiliaire de vie :** .....
- Aide-ménagère :** .....
- Kinésithérapie :** .....
- ESA** Date d'intervention : .....
- Autres :** .....

**Merci de joindre si possible : Imagerie cérébrale, bilan sanguin, dernier compte-rendu de consultation spécialisée, ou tout autre examen qui vous semble pertinent.**

*Nous joindrons la personne à contacter pour organiser la venue du patient dès l'accord d'un médecin de l'équipe mobile gériatrique.*

**Date :**     /     /

**Signature :**