

Le patient sera convoqué par nos soins. Une copie de la convocation est aussi adressée au proche aidant, au médecin traitant et au CMS, sauf demande contraire de votre part.

Demande de Consultation

Date :

Demande faite par :

Consultation :

Mémoire

Gériatrie ambulatoire

Coordonnées du patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Rue :

NPA / Ville :

Téléphone :

Médecin traitant

.....

.....

.....

Coordonnées des proches aidants

Nom / Prénom

Adresse

Lien de parenté

Téléphone

Le proche sera-t-il présent à la consultation ?

Oui (vivement recommandé, si possible)

Non

Éléments d'anamnèse et motifs de la consultation

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

Diagnostiques actuels, comorbidités, facteurs de risque, éthylisme, déficiences sensorielles

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

Traitement actuel (et antérieurs, dans le domaine, efficacité, tolérance)

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

Examens déjà pratiqués (dernier laboratoire, IRM cérébrale, avis neurologique, neuropsychologique)

Merci de nous transmettre une copie de ces résultats et les clichés de l'imagerie.

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

Motifs d'intervention :

- Diagnostic de troubles cognitifs
- Troubles de la marche et de l'équilibre avec ou sans chute
- Troubles thymiques
- Troubles du comportement
- Douleurs
- (Risque de) dénutrition
- Polymédication
- Bilan pré-opératoire gériatrique (TAVI, PTH, PTG...)
- Oncologie gériatrique
- Situation sociale complexe
- Prise en charge des aidants naturels
- Contact téléphonique souhaité avant la consultation
- Participation du Médecin traitant, ou du CMS ou d'un autre professionnel à la consultation de restitution des résultats. Si oui, quelle(s) personne(s) :
 - Souhait que le Centre Sénior initie les démarches (ergo, physio, CMS, prescriptions...)
 - Souhait que le Médecin traitant initie les démarches