

## Demande d'Hospitalisation en Hôpital de Jour Gériatrique ( à faxer au 03.27.24.32.76 )

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : .....

MMSE  $\geq$  18/30 (bilan cognitif) .....

Une glycémie à jeun le jour qui précède l'HDJG et HBA1C si le diabète est connu (bilan de diabète).  
Le patient doit ramener son traitement habituel le jour de l'hospitalisation en HDJG.

- Bilan de chute**       **Bilan cognitif**       **Bilan iatrogénique du diabétique âgé**  
(suspicion d'hypoglycémies, insuffisance rénale etc)
- Incontinence urinaire de la femme âgée**

Adresse du patient (domicile ou institution)



.....  
.....

Téléphone du patient :



.....

Numéro de téléphone de la personne de confiance :



.....

Numéro de téléphone de médecin traitant :



.....

Numéro de téléphone du médecin demandeur :



.....

### Histoire et motif de l'hospitalisation :

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

### Antécédents du patient :

.....  
.....

Allergie :                                       Oui                                       Non

Si oui : .....

Pacemaker :                                       Oui                                       Non

### Dernier bilan biologique et radiologique :

.....  
.....

Autonomie                                       Valide                                       Semi Valide

Personne accompagnante                       Oui                                       Non

Diabète                                       DI récurrent                                       DNID

Incontinence                                       Oui                                       Non