

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