

DEMANDE D'HOSPITALISATION

Service de Gériatrie
Hôpital Louis Mourier

178 rue des Renouillers, 92700 Colombes

saskia.foucart@lmr.aphp.fr ou saskia.foucart.lmr-aphp@medical.apicrypt.org

Date | / / (JJ/MM/AAAA)

Délai souhaité : < 48h
 < 1 semaine
 < 2 semaines

Nom et coordonnées du médecin demandeur

Périodes (jours / heures) pendant lesquelles le médecin peut être joint

Contraintes liées au patient

Identité du patient

Nom Prénom
Date de naissance / / (JJ/MM/AAAA)
Adresse
Tél fixe Tél portable

Personne à contacter

Nom Prénom
Adresse
Tél fixe Tél portable

Couverture sociale

Sécurité sociale Mutuelle ALD CMU AME

Mode de vie

Domicile Vit seul Oui Non
 Résidence service Entourage Oui Non
 EHPAD

Aide professionnelle à domicile (préciser le rythme si possible)

Portage des repas HAD
 Auxiliaire de vie Pharmacie : tél
 Soins infirmiers APA
Tél : Réseau :

Le patient a-t-il déjà été hospitalisé dans le service ?

Oui Non

Motif de la demande

Principaux antécédents

Autonomie

Mobilité :

- Grabataire
- Lit-fauteuil
- A l'intérieur du domicile
- Sort du domicile

Fonctions cognitives :

- Normale
- Troubles mnésiques
- Troubles cognitifs sévères
- Troubles du comportement

Histoire de la maladie en indiquant la symptomatologie actuelle, les explorations déjà faites et les traitements. Joindre si possible le dernier compte-rendu d'hospitalisation.

- Troubles des fonctions cognitives depuis plus de 6 mois
- Chutes
- AEG avec perte de poids

Traitement en cours (ou joindre une ordonnance)

Problématique(s), examens et consultations spécialisés que vous souhaitez voir réalisés

Nécessité d'instauration ou de modification des aides en place

- Oui
- Non