

7) CŒUR

- Le patient présente des problèmes cardiaques? OUI NON
- Le patient présente des palpitations? OUI NON
- Le patient a déjà fait un malaise? OUI NON

8) VUE

- Le patient ne voit pas le nombre de doigts vous lui montrez? OUI NON
- Le patient a des difficultés à lire ou à regarder la télé? OUI NON

9) AUDITION

- Pendant l'entretien, le patient a-t-il eu des difficultés à entendre ? OUI NON

10) DENTS

- Le patient présente des lésions buccales? OUI NON
- Le dernier rendez-vous chez le dentiste remonte plus d'1 an? OUI NON

11) ETAT TEGUMENTAIRE DES PIEDS

- Les pieds sont dans un état médiocre OUI NON
- La peau est dans un état médiocre OUI NON

12) AUTRES ANTECEDENTS OU ELEMENTS A SIGNALER

13) EXAMENS QUE VOUS AVEZ DEJA REALISES

Merci de confier au patient ou à son référent une copie des examens que vous avez déjà réalisés pour le médecin de l'hôpital de jour de gériatrie. Un double de l'ordonnance de votre patient(e) est aussi nécessaire.

 BILAN BIOLOGIQUE OSTEODENSITOMETRIE BILAN PNEUMOLOGIQUE AVIS ENDOCRINOLOGUE

BILAN CARDIO-VASCULAIRE

BILAN NEUROLOGIQUE

 Echo doppler cardiaque Avis neurologue Echo doppler des TSA Scanner cérébral Echo doppler veineux des membres inférieurs IRM cérébrale Holter cardiaque Petscan Holter tensionnel (MAPA)

BILAN UROLOGIQUE:

AUTRES: _____

 Explorations morphologiques Avis urologue**MOTIF(S) DE L'ORIENTATION VERS L'HOPITAL DE JOUR DE GERIATRIE** **Diagnostic et évaluation** Bilan mémoire Bilan plaie/vasculaire Bilan uro-dynamique Bilan nutrition Bilan chutes/troubles de l'équilibre Addictions **Suivi et réhabilitation** **Souhaitez-vous un avis gériatrique sur les prises médicamenteuses de votre patient(e) ?** OUI NON**COORDONNEES HOPITAL DE JOUR DE GERIATRIE: 01 58 00 41 72****FAX HOPITAL DE JOUR: 01 58 00 49 76****SECRETARIAT MEDICAL ASDES : 06 13 53 45 06**