



## CONSULTATION DE SANTE PUBLIQUE CLINIQUE

*Concerne les personnes âgées de 60 ans et plus,  
présentant au moins un facteur de fragilité (liste ci-dessous),  
et n'étant pas en institution.*

### 1) IDENTIFICATION

Date de la consultation d'inclusion : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sexe :  Femme  Homme

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone 1 : \_\_\_\_\_

Téléphone 2 : \_\_\_\_\_

Nom du Médecin ASDES : \_\_\_\_\_

Nom du Médecin Traitant (si différent) : \_\_\_\_\_

#### Patient venu :

De lui-même

Adressé par un partenaire institutionnel

Lequel : \_\_\_\_\_

Adressé par un établissement de santé

Lequel : \_\_\_\_\_

Autre médecin du réseau

Si oui lequel : \_\_\_\_\_

Si oui, suivi conjoint ville-hôpital  OUI  NON  NR  NP

Adressé par un partenaire associatif

Si oui lequel : \_\_\_\_\_

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

#### *Rappel : facteurs de fragilité :*

- Existence de troubles cognitifs,
- Risque de chute,
- Risque fracturaire,
- Dénutrition,
- Incontinence,
- Polypathologies (comorbidités > ou = 3),
- Polymédication et risque iatrogène,
- Une hospitalisation non programmée dans les 6 derniers mois,
- Troubles du comportement,
- Perte d'autonomie,
- Isolement,
- Situation sociale vulnérable.

2) **DONNEES SOCIALES** (1/3)**Situation de famille :**

- Célibataire       Marié(e) ou remarié(e)       séparé(e)       divorcé(e)  
 Veuf(ve)       PACS       Concubinage  
 Autre : \_\_\_\_\_

**Nationalité :**

- Française       Autre : \_\_\_\_\_  
 ↪ Si autre : En France depuis : \_\_\_\_\_

**Communication :**

- Bonne  
 Limitée : Si oui, pour quel motif(s) :  
 Analphabète  
 Handicap linguistique  
 Handicap psychique  
 Sourd / muet

**Personne de confiance :**

- Choix d'une personne de confiance proposée :       OUI    NON       NR    NP  
 Personne de confiance désignée :       OUI    NON       NR    NP

↪ **Si oui** : Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Lien avec le patient : \_\_\_\_\_

- ↪ **Si non** : avez-vous pensé à informer votre patient sur la personne de confiance ?  
 OUI       NON       NR       NP

**Nécessité d'une mesure de protection majeure :**

- OUI, déjà fait       OUI, à faire       NON       NR       NP

↪ **Si oui**, précisez :  tutelle       curatelle       sauvegarde de justice

Personne ou organisme gérant la protection :

Nom, prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse complète : \_\_\_\_\_  
 Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
 Lien avec le patient : \_\_\_\_\_

**DONNEES SOCIALES (2/3)****Revenus :**

- Emploi :  OUI  NON  NR  NP
  - ↳ Si oui, quel type :  CDD  CDI  Profession indépendante
  - ↳ Si oui, précisez :  En activité  Arrêt longue maladie
  - ↳ Si pas d'emploi, quels types de revenus :
    - RSA  chômage  retraite  minimum vieillesse
    - Aucun revenu  Autre, précisez : \_\_\_\_\_
- Ressources du foyer approximatives : \_\_\_\_\_ euros / mois (facultatif)
- Par ailleurs, patient bénéficiaire :
  - AAH  OUI, à jour  à faire  Refusé  NON nécessaire  NR  NP
  - Pension d'invalidité  OUI, à jour  à faire  Refusé  NON nécessaire  NR  NP

**Couverture sociale :**

- Existence d'une **couverture de base**:  OUI  NON  NR  NP
- ↳ Si oui, précisez : date de fins de droits : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- ↳ Si oui, précisez :
  - Droit commun  CMU de base  Aide Médicale d'Etat
  - Régime spécial, précisez : \_\_\_\_\_
- Existence d'une **complémentaire** :  OUI, à jour  NON  NR  NP
  - ↳ Si oui, date de fins de droits : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
  - ↳ Si oui, précisez :  Assurance Privée Complémentaire  CMU Complémentaire
  - Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**Reconnaissance d'une ALD 30 :**

- Oui, à jour  Oui, à faire  Refusée  NON nécessaire  NR  NP
- ↳ Si oui, précisez le motif de l'ALD : \_\_\_\_\_

**Nécessité d'une aide financière ASDES pour l'accès aux soins :**

- Oui, déjà faite  Oui, à faire  Refusée  NON nécessaire  NR  NP

**Domicile :**

- Existe-t-il des difficultés liées au logement :  OUI  NON  NR  NP
- ↳ Si oui, précisez (plusieurs choix possibles) :
  - Problème de loyer
  - Propriétaire surendetté
  - Hébergé chez un tiers
  - Hébergé en institution ou hôtel social
  - Sans domicile fixe
  - Risque de saturnisme (logement construit avant 1949)
  - Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**Nécessité d'assistance :**

- OUI, à jour  Oui, à faire  OUI mais refusée  NON  NR  NP
- ↳ Si oui, précisez pour quel(s) motif(s) : (plusieurs choix possibles)
  - Aide ménagère à domicile
    - ↳ Si oui, précisez : \_\_\_\_\_
  - Soins infirmiers
  - Soins d'hygiène / Besoin d'une aide-soignante
  - Accompagnement aux rendez-vous
  - Autre, Précisez : \_\_\_\_\_

**DONNEES SOCIALES** (3/3)

**Compte tenu de tous ces éléments, y a-t-il nécessité d'une prise en charge sociale au sein du réseau ASDES :**

OUI, déjà faite    Oui, à faire    Oui, mais refusée    NON nécessaire    NR    NP

**Compte tenu de tous ces éléments, y a-t-il nécessité d'une prise en charge sociale en dehors du réseau ASDES :**

OUI, déjà faite    Oui, à faire    Oui, mais refusée    NON nécessaire    NR    NP

Précisez: \_\_\_\_\_

**3) REPERAGE DES ADDICTIONS (1/4)****A -TABAC :**

Présence d'un tabagisme (actuel ou sevré)

 OUI     NON     NR     NP↳ **Si oui**, précisez :  ATCD de tabagisme     Tabagisme actuel

Si tabagisme sevré, précisez l'année du sevrage : \_\_\_\_\_

• **Evaluation globale :** \_\_\_\_\_ Paquets-années**Bilan de retentissement :**

• Radio de thorax

 OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP↳ **Si oui** déjà faite, date : \_\_\_/\_\_\_, Résultat :  normale pathologique, précisez : \_\_\_\_\_

• Dépistage ORL

 OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP↳ **Si oui** déjà faite, date : \_\_\_\_\_, Résultat :  normal     pathologique

• Consultation de pneumologie

 OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP↳ **Si oui** déjà faite, date : \_\_\_/\_\_\_, Résultat :  normal pathologique, précisez : \_\_\_\_\_**Démarche de sevrage :**

• Prescription de substituts nicotiques

 OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP

• Prescription médicamenteuse

 OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP

• Prescription d'une consultation anti-tabac

 OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP**Dans tous les cas :**

• Informations données sur le tabagisme et les modalités du sevrage

 OUI     NON     NR     NP

**REPERAGE DES ADDICTIONS (2/4)****B -HABITUDES VIS-AVIS DE L'ALCOOL**

Présence d'une surconsommation d'alcool :

- OUI     NON     NR     NP  
 ↳ Si oui, précisez :  actuelle     sevrée

**RAPPELS :**

1 - surconsommation hebdomadaire régulière d'alcool

plus de 14 verres pour les femmes

plus de 21 verres pour les hommes

2 - surconsommation épisodique excessive

3 - usage avec dépendance (nécessité d'un sevrage avec accompagnement spécialisé)

**Evaluation :**

- Consommation hebdomadaire d'alcool : \_\_\_\_\_ (cocher l'unité choisie)

- 
- 

	Verres/semaine
	Grammes/semaine

- Questionnaire AUDIT

- OUI, déjà fait     Oui, à faire     Refusé     NON nécessaire     NR     NP

↳ Si oui fait, score : \_\_\_\_\_

**Retentissement :**

- Bilan hépatique biologique

- OUI, déjà fait     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP

↳ Si oui déjà fait, date : \_\_\_\_\_, résultat :  normal     pathologique

- Echographie hépatique

- OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP

↳ Si oui déjà faite, date : \_\_\_\_\_, résultat :  normal     pathologique**Démarche de sevrage :**

- prise en charge par le médecin traitant

- OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP

- prise en charge spécialisée en alcoologie:

- OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP

- Prise en charge diététique ASDES

- OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP

- Prise en charge par un psychologue ASDES

- OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP

- Prise en charge par un psychiatre ASDES

- OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP

- Autre prise en charge :

- OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP

↳ Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

**4) ACTIVITE PHYSIQUE et ALIMENTATION****A- ACTIVITE PHYSIQUE :**

- Sédentaire       Occasionnel (< 1 fois/semaine)       Régulier (1 à 2 fois /semaine)  
 Intensif (> 2 fois/semaine)       NR       NP

Recommandations données sur l'activité physique :

- OUI       NON       NR       NP

*Rappel recommandations : au moins ½ heure de marche rapide ou équivalent x 3 / semaine*

**B- CORPULENCE :**

Poids à l'inclusion : \_\_\_\_\_ Kg

Taille : \_\_\_\_\_ cm

Calcul IMC :

**C- TEST DE DEPISTAGE DU MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA) réalisé :**

- OUI       NON       NR       NP

↳ Si oui, préciser le score : \_\_\_\_\_ / 14

Rappel : si le score est < 11, il y a une malnutrition. Une orientation vers une diététicienne peut être utile.

**D- DOSAGE ALBUMINEMIE REALISE:**

- OUI       NON       NR       NP

↳ Si oui, préciser le résultat : \_\_\_\_\_

**Prise en charge :**

- Par le médecin traitant
 

OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée       NON nécessaire       NR       NP
- Par la diététicienne ASDES
 

OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée       NON nécessaire       NR       NP
- Prise en charge médicale spécialisée
 

OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée       NON nécessaire       NR       NP
- Prise en charge par un(e) psychologue ASDES:
 

OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée       NON nécessaire       NR       NP
- Prise en charge par un psychiatre ASDES
 

OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée       NON nécessaire       NR       NP

**5) FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE (1/4)****A- HTA :**

Absente     HTA ancienne, connue à l'inclusion     HTA de découverte récente

TA prise lors de la consultation : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Si HTA ancienne, bilan annuel recommandé :**

## • Kaliémie

OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP  
 ↳ Si oui déjà fait, Date : \_\_\_\_\_ Résultat :     normal     pathologique

## • BU ou protéinurie

OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP

↳ Si oui, Date : \_\_\_\_\_ (cochez la bonne réponse)

<input type="radio"/>	Négative
<input type="radio"/>	Positive

## • Créatininémie, clairance

OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP

↳ Si oui, Date : \_\_\_\_\_

Valeur : \_\_\_\_\_ (cochez l'unité choisie)

<input type="radio"/>	µmol/l
<input type="radio"/>	g/l

↳ Si oui, calcul de la clairance (Cockroft) : \_\_\_\_\_

↳ Si oui, calcul de la clairance (MDRD) : \_\_\_\_\_

**Si HTA ancienne, bilan recommandé tous les 3 ans:**

## • ECG de repos

OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP

↳ Si oui déjà fait, Date : \_\_\_\_\_ Résultat :     normal     pathologique

## • Glycémie

OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP

↳ Si oui, Date : \_\_\_\_\_ Valeur : \_\_\_\_\_

<input type="radio"/>	mmol/l
<input type="radio"/>	g/l

## • Bilan lipidique

OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP

↳ Si oui, Date : \_\_\_\_\_

CT : \_\_\_\_\_

LDL : \_\_\_\_\_

<input type="radio"/>	mmol/l
-----------------------	--------

TG : \_\_\_\_\_

HDL : \_\_\_\_\_

<input type="radio"/>	g/l
-----------------------	-----

**5) FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE** (1bis/4)**Si découverte récente de l'HTA, bilan recommandé :**

## • Kaliémie

- OUI, déjà faite  Oui, à faire  Refusée  NON nécessaire  NR  NP  
 ↳ Si oui déjà fait, Date : \_\_\_\_\_ Résultat :  normal  pathologique

## • BU ou protéinurie

- OUI, déjà faite  Oui, à faire  Refusée  NON nécessaire  NR  NP

↳ Si oui, Date : \_\_\_\_\_ (cochez la bonne réponse)

<input type="radio"/>	Négative
<input type="radio"/>	Positive

## • Créatininémie, clairance

- OUI, déjà faite  Oui, à faire  Refusée  NON nécessaire  NR  NP

↳ Si oui, Date : \_\_\_\_\_

Valeur : \_\_\_\_\_ (cochez l'unité choisie)

<input type="radio"/>	μmol/l
<input type="radio"/>	g/l

↳ Si oui, calcul de la clairance : \_\_\_\_\_

## • ECG de repos

- OUI, déjà fait  Oui, à faire  Refusé  NON nécessaire  NR  NP

↳ Si oui déjà fait, Date : \_\_\_\_\_ Résultat :  normal  pathologique

## • Glycémie

- OUI, déjà faite  Oui, à faire  Refusée  NON nécessaire  NR  NP

↳ Si oui, Date : \_\_\_\_\_ Valeur : \_\_\_\_\_

<input type="radio"/>	mmol/l
<input type="radio"/>	g/l

## • Bilan lipidique

- OUI, déjà fait  Oui, à faire  Refusé  NON nécessaire  NR  NP

↳ Si oui, Date : \_\_\_\_\_

CT : \_\_\_\_\_ LDL : \_\_\_\_\_

TG : \_\_\_\_\_ HDL : \_\_\_\_\_

<input type="radio"/>	mmol/l
<input type="radio"/>	g/l

**Prise en charge :**

## • Traitement médicamenteux prescrit

- OUI, déjà fait  Oui, à faire  Refusé  NON nécessaire  NR  NP

## • Suivi diététique ASDES

- OUI, déjà fait  Oui, à faire  Refusé  NON nécessaire  NR  NP

## • Reconnaissance ALD

- OUI, déjà faite  Oui, à faire  Refusée  NON nécessaire  NR  NP

## • Autre type de prise en charge :

- OUI, déjà faite  Oui, à faire  Refusée  NON nécessaire  NR  NP

↳ Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

## • Par ailleurs, conseils hygiéno-diététiques données en consultation

- OUI  NON  NR  NP

**5) FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE (2/4)****B- DIABETE :**

- Absent                       ancien, connu à l'inclusion                       découverte récente  
     ↳ **Si diabète**, précisez                       type I                       type II

**Si diabète ancien ou récent, bilan initial ou bilan annuel recommandé :**

- FO
  - OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP
  - ↳ **Si oui** déjà fait, Date : \_\_\_\_\_ résultat :    normal    pathologique

- Bilan lipidique
  - OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP
  - ↳ **Si oui**, Date : \_\_\_\_\_

CT : \_\_\_\_\_

LDL : \_\_\_\_\_

	mmol/l
--	--------

TG : \_\_\_\_\_

HDL : \_\_\_\_\_

	g/l
--	-----

- Micro albuminurie
  - OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP
  - ↳ **Si oui** déjà faite, Date : \_\_\_\_\_ Résultat :    négative    positive

- Créatininémie, clairance
  - OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP
  - ↳ **Si oui**, Date : \_\_\_\_\_

Valeur : \_\_\_\_\_ (cochez l'unité choisie)

	μmol/l
	g/l

↳ **Si oui**, calcul de la clairance : \_\_\_\_\_**Si diabète ancien ou récent, bilan trimestriel recommandé :**

- HbA1c
  - OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP
  - ↳ **Si oui**, Date : \_\_\_\_\_
  - Valeur : \_\_\_\_\_ %

**Prise en charge :**

- Traitement médicamenteux
  - OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP
- Suivi diététique ASDES
  - OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP
- Suivi spécialisé en diabétologie ASDES
  - OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP
- Education à l'autocontrôle glycémique
  - OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP
- Education aux soins de pieds
  - OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP
- ALD à jour
  - OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP
- Conseils hygiéno-diététiques données en consultation
  - OUI    NON    NR    NP

**5) FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE (3/4)****C- DYSLIPIDEMIE :**

Absente     ancienne, connue à l'inclusion     découverte récente

↳ **Si dyslipidémie présente, précisez le type :**

TG     LDL     mixte (LDL + TG)

↳ **Si dyslipidémie présente, bilan lipidique nécessaire :**

OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP

↳ **Si oui,**    Date : \_\_\_\_\_

CT : \_\_\_\_\_

LDL : \_\_\_\_\_

	mmol/l
	g/l

TG : \_\_\_\_\_

HDL : \_\_\_\_\_

Objectif LDL pour votre patient : \_\_\_\_\_ (cochez l'unité choisie)

	mmol/l
	g/l

↳ **Si hyper TG, bilan de retentissement :**

• Bilan hépatique (recherche de fibrostéatose hépatique)

OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP

↳ **Si hyper TG OU si LDL > objectif, prise en charge :**

• Prise en charge par le médecin traitant :

OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP

• Traitement médicamenteux prescrit

OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP

• Prise en charge diététique ASDES

OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP

• Par ailleurs, conseils diététiques donnés par le MT en consultation

OUI     NON     NR     NP

• Autre prise en charge :

OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP

• ↳ **Si oui,** précisez : \_\_\_\_\_

•  
•

**5) FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE** (4/4)**D - ANTECEDENTS FAMILIAUX :**

Votre patient a-t-il des antécédents familiaux cardio-vasculaires :

OUI    NON    ONR    NP

↳ **Si oui**, précisez le(s) quel(s) :

- Infarctus ou mort subite < 55 ans chez le père ou un homme parent du premier degré
- Infarctus ou mort subite < 65 ans chez la mère ou une femme parente du premier degré
- AVC précoce avant 45 ans

**E - CALCUL DU RISQUE CARDIO-VASCULAIRE**

↳ **Si votre patient présente au moins 3 facteurs de risque**, consultation de cardiologie :

OUI, déjà fait    Oui, à faire    Refusé    NON nécessaire    NR    NP

**RAPPEL :**

- *Femme de plus de 60 ans, ou Homme de plus de 50 ans*
- *Tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans*
- *ATCD Familiaux d'Accident CV précoce :*
  - *IDM ou mort subite < 55 ans chez le père ou homme parent du premier degré*
  - *IDM ou mort subite < 65 ans chez mère ou femme parente du premier degré*
  - *AVC précoce avant 45 ans*
- *Diabète*
- *HTA*
- *Dyslipidémie LDL > 4,1 mmol/ litre et/ ou HDL ≤ 1 mmol/l*

*A prendre en compte : Obésité abdominale, sédentarité, consommation excessive d'alcool*

**F – RECHERCHE ANEVRYSMES AORTE ABDOMINALE**

Présence d'un souffle systolique abdominal :    Oui    Non

**6) REPERAGE INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE**

Le patient présente-il un ou plusieurs FDR d'insuffisance rénale chronique ?

- OUI    NON    NR    NP

**RAPPEL CLASSIFICATION SELON L'ANAES :**

- Stade 1: atteinte rénale avec DFG normal ( $\geq 90$  ml/min/1.73m<sup>2</sup>)
- Stade 2 : atteinte rénale légère avec DFG entre 60 et 89
- Stade 3 : diminution modérée du DFG entre 30 et 59
- Stade 4 : diminution sévère du DFG entre 15 et 29
- Stade 5 : Insuffisance rénale terminale : DFG < 15 ou dialyse

**RAPPEL DES FACTEURS DE RISQUE :**

*âge > 60 ans, dyslipidémie, HTA, diabète, obésité, maladies coronariennes, maladie athéromateuse, cancer, uropathie, ATCD familiaux de néphropathie, malformations rénales congénitales, maladie auto-immune, goutte, prise chronique de médicaments néphrotoxiques, toxiques professionnels, tabagisme chronique*

↳ **Si facteurs de risque présents,** bilan annuel recommandé :

- BU ou protéinurie

- OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP

↳ **Si oui,** Date : \_\_\_\_\_ (cochez la bonne réponse)

<input type="checkbox"/>	Négative
<input type="checkbox"/>	Positive

- Créatininémie, clairance

- OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP

↳ **Si oui,** Date : \_\_\_\_\_

Valeur : \_\_\_\_\_ (cochez l'unité choisie)

<input type="checkbox"/>	$\mu\text{mol/l}$
<input type="checkbox"/>	g/l

↳ Si oui, calcul de la clairance : \_\_\_\_\_

↳ **Si insuffisance rénale, prise en charge proposée :**

- Prise en charge par le médecin traitant :

- OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP

- Prise en charge spécialisée en néphrologie :

- OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP

- Prise en charge diététique ASDES:

- OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP

- Autre type de prise en charge :

- OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP

↳ Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

- Si clairance < 40ml/min, nécessité d'une vaccination contre l'hépatite B :

- OUI, déjà fait    Oui, à faire    Refusé    NON nécessaire    NR    NP



**7) REPERAGE DES CANCERS NON GYNECOLOGIQUES (2/2)****C - REPERAGE DU CANCER DE LA PROSTATE :**Existe-t-il un facteur de risque de cancer de la prostate :  OUI  NON  NR  NP

- ↳ **Si oui**, le(s) quel(s)  âge > 50 ans  
 antécédent familial du premier degré

↳ **Si facteur de risque**, dépistage proposé :

- Prescription de PSA
  - OUI, déjà fait  Oui, à faire  Refusé  NON nécessaire  NR  NP
  - ↳ Si déjà fait, date : \_\_\_\_\_, valeur : \_\_\_\_\_
- Toucher rectal
  - OUI, déjà fait  Oui, à faire  Refusé  NON nécessaire  NR  NP
  - ↳ Si oui déjà fait, Date : \_\_\_\_\_ Résultat :  normal  pathologique
- Adressé en consultation d'urologie
  - OUI, déjà fait  Oui, à faire  Refusé  NON nécessaire  NR  NP
  - ↳ Si oui déjà fait, Date : \_\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_

**8) REPERAGE D'UNE INCONTINENCE URINAIRE****A- Existe-t-il un ou des signe(s) d'une incontinence urinaire débutante ?** OUI  NON  NR  NP↳ **Si oui**, le ou le(s) quel(s) : Fuites urinaires lors de

- Port de charges lourdes
- Activité physique
- Rires
- Toux

↳ **Si oui**, prise en charge spécialisée proposée : OUI, déjà fait  Oui, à faire  Refusé  NON nécessaire  NR  NP**B- Existe-t-il un ou des facteurs de risque d'incontinence urinaire ?** OUI  NON  NR  NP↳ **Si oui**, le ou lesquels :

- âge
- ≥3 grossesses
- traumatismes gynécologiques
- antécédents de chirurgie pelvienne
- obésité
- activité physique intensive
- Enurésie dans l'enfance

↳ **Si oui**, prise en charge spécialisée proposée : OUI, déjà fait  Oui, à faire  Refusé  NON nécessaire  NR  NP



**10) SITUATION VACCINALE**

- DTP**                     A jour     A faire     Refusé     NON nécessaire     NR     NP  
                               ↳ *Date du prochain rappel (années) :* \_\_\_\_\_
- Coqueluche**         A jour     A faire     Refusé     NON nécessaire     NR     NP
- Hépatite B**          A jour     A faire     Refusé     NON nécessaire     NR     NP
- Grippe**                 A jour     A faire     Refusé     NON nécessaire     NR     NP
- Pneumo 23**          A jour     A faire     Refusé     NON nécessaire     NR     NP  
                               ↳ *Date du prochain rappel (années) :* \_\_\_\_\_

**11) REPERAGE TUBERCULOSE****Indication d'un dépistage :**

- OUI, déjà fait     Oui, à faire     Refusé     NON nécessaire     NR     NP  
                               ↳ **Si oui**, précisez le motif : \_\_\_\_\_
- ↳ **Si indication d'un dépistage**, précisez :
- Prescription d'une Radio
    - OUI, déjà fait     Oui, à faire     Refusé     NON nécessaire     NR     NP
    - ↳ **Si oui déjà fait**, Date : \_\_\_\_\_    Précisez :     Normale     Pathologique
  - Prescription d'une IDR
    - OUI, déjà fait     Oui, à faire     Refusé     NON nécessaire     NR     NP
    - ↳ **Si oui déjà fait**, précisez :  Normal     Pathologique

**12-1 REPERAGE TROUBLES COGNITIFS**

- Le patient a-t-il des craintes par rapport à sa mémoire ?  
 OUI     NON     NR     NP
- L'entourage du patient vous parle-t-il de problèmes de mémoire ?  
 OUI     NON     NR     NP
- D'après vous le patient présente des troubles cognitifs ?  
 OUI     NON     NR     NP

↳ **Si oui lesquels :**

- |   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mémoire              | <input type="checkbox"/> Désorientation spatiale |                                      |
| <input type="checkbox"/> Troubles du langage  | <input type="checkbox"/> Apraxie                 | <input type="checkbox"/> Agnosie     |
| <input type="checkbox"/> Désorientation temps | <input type="checkbox"/> Troubles du jugement    | <input type="checkbox"/> Anosognosie |

↳ **Si oui préciser la date de début des troubles (année) :** \_\_\_\_\_

- MMS REALISE (cf annexes) :

- OUI, déjà fait     Oui, à faire     Refusé     NON nécessaire     NR     NP

↳ **Si oui préciser le résultat :** \_\_\_\_\_/30

*Rappel : un score < 24 peut nécessiter une évaluation gériatrique ou neurologique complémentaire*

- Test des 5 mots réalisé (cf annexes) :

- OUI, déjà fait     Oui, à faire     Refusé     NON nécessaire     NR     NP

↳ **Si oui préciser le résultat :** \_\_\_\_\_/10

*Rappel : un score ≤ 8 peut nécessiter une évaluation gériatrique ou neurologique complémentaire*

- Test de l'horloge réalisé (cf annexe) :

- OUI, déjà fait     Oui, à faire     Refusé     NON nécessaire     NR     NP

↳ **Si oui préciser :**  normal

pathologique

↳ **Si pathologique, préciser :**

- pour le positionnement des chiffres
- pour le positionnement des aiguilles
- pour les deux

- Existe – t – il des troubles du comportement ?

- OUI     NON     NR     NP

↳ **Si oui lesquels :**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> agitation, agressivité | <input type="checkbox"/> irritabilité, instabilité de l'humeur | <input type="checkbox"/> dépression             |
| <input type="checkbox"/> hallucination          | <input type="checkbox"/> désinhibition                         | <input type="checkbox"/> anxiété                |
| <input type="checkbox"/> déambulation           | <input type="checkbox"/> inversion nyctémérale                 | <input type="checkbox"/> apathie, indifférence  |
| <input type="checkbox"/> opposition             | <input type="checkbox"/> boulimie, anorexie                    | <input type="checkbox"/> exaltation de l'humeur |

- Existe – t – il une incurie ?

- OUI     NON     NR     NP



**12- 3 REPERAGE PERTE D'AUTONOMIE :**

**A - ECHELLE IADL :** Le patient est capable de réaliser seul les tâches suivantes :

OUI     NON     NR     NP

↳ Si non, précisez les tâches non réalisables:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Utiliser les moyens de transports | <input type="checkbox"/> Faire les courses       | <input type="checkbox"/> Entretien de la maison |
| <input type="checkbox"/> Préparer le repas                 | <input type="checkbox"/> Gérer son budget        | <input type="checkbox"/> Utiliser le téléphone  |
|  | <input type="checkbox"/> Prendre ses médicaments | <input type="checkbox"/> Faire la lessive       |

Si un élément impossible => gériatre

**B – GRILLE AGGIR REALISEE (cf annexe) :**

OUI, déjà fait     Oui, à faire     Refusé     NON nécessaire     NR     NP

↳ Si oui préciser le score GIR :

*Rappel : un GIR < 4 peut nécessiter un avis gériatrique*

**12-4 PRISE EN CHARGE**

• Prise en charge par le médecin traitant :

OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP

• Prise en charge spécialisée en gériatrie :

OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP

↳ Si oui préciser : \_\_\_\_\_

• Autre type de prise en charge :

OUI, déjà faite     Oui, à faire     Refusée     NON nécessaire     NR     NP

↳ Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

**15) DEPISTAGE DE LA SOUFFRANCE MENTALE**• **Réalisation du Mini GDS :**

- OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP

↳ **Si oui déjà fait, préciser :**

- Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?    OUI    NON
- Etes-vous heureux (se), bien la plupart du temps ?    OUI    NON
- Vous sentez vous souvent découragé et triste ?    OUI    NON
- Désespérez-vous de votre situation présente ?    OUI    NON

↳ **Si oui, préciser le score: \_\_\_\_\_ /4**• **Prise en charge proposée :**

- Par le médecin traitant  
 OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP
- Traitement médicamenteux :  
 OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP
- Prise en charge par un(e) psychologue ASDES :  
 OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP
- Prise en charge par un psychiatre ASDES :  
 OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP
- Autre type de prise en charge :  
 OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP

↳ Précisez : \_\_\_\_\_

**16) ETAT BUCCO-DENTAIRE**Etat bucco-dentaire correct :  OUI  NON  NR  NP

Date de la dernière consultation dentaire : \_\_\_\_\_

**Indication à une consultation de prévention :** OUI, déjà fait  Oui, à faire  Refusé  NON nécessaire  NR  NP**Indication à des soins dentaires :** OUI, déjà fait  Oui, à faire  Refusé  NON nécessaire  NR  NP↳ **Si indication** à une consultation dentaire (prévention ou soins), orientation vers :

- Dentiste libéral  
 Croix rouge  
 Centre de santé  
 Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**Existe-t il des difficultés de prise en charge des soins dentaires** OUI  NON  NR  NP

la ou lesquelles : \_\_\_\_\_

**Informations données sur l'hygiène bucco-dentaire :** OUI  NON  NR  NP**17) ETAT SENSORIEL****A- TROUBLES VISUELS**

- Le patient présente des troubles visuels :

 OUI  NON  NR  NP↳ **Si oui, préciser :**

- Baisse d'acuité visuelle  
 Glaucome  
 Cataracte

↳ **Si oui, préciser nécessité d'intervention chirurgicale :** OUI, déjà fait  Oui, à faire  Refusé  NON nécessaire  NR  NP

- Grille d'Amsler (dépistage DMLA), cf annexe :

 OUI, déjà fait  Oui, à faire  Refusé  NON nécessaire  NR  NP↳ **Si oui déjà fait :**  Normale  Anormale

- Le patient doit être suivi par un ophtalmologue :

 OUI, déjà fait  Oui, à faire  Refusé  NON nécessaire  NR  NP↳ **Si oui déjà fait, préciser la date de la dernière consultation :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**B- ACOUSIE**

- Le patient présente une hypoacousie :

 OUI  NON  NR  NP↳ **Si oui, nécessité d'appareillage :** OUI, déjà fait  Oui, à faire  Refusé  NON nécessaire  NR  NP

- Le patient doit être suivi par un ORL :

 OUI, déjà fait  Oui, à faire  Refusé  NON nécessaire  NR  NP↳ **Si oui déjà fait, préciser la date de la dernière consultation :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**18) REPERAGE OSTEOPOROSE**

Le patient présente-il un ou plusieurs FDR d'ostéoporose ?       OUI    NON       NR    NP

*Rappels :*

- ATCD de fracture (vertébrale ou périphérique) sans contexte traumatique ou tumoral
- Corticothérapie > 3 mois, > 7,5 mg/jour d'équivalent prednisone
- ATCD d'hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercorticisme, hyperparathyroïdie primitive, ostéogénèse imparfaite ou hypogonadisme prolongé
- Femme ménopausée et au moins un de ces éléments :
- ATCD de fracture du col sans traumatisme chez un parent au 1er degré
- IMC < 19 kg/m<sup>2</sup>
- Ménopause avant 40 ans
- ATCD de corticothérapie > 3 mois, >7,5 mg/jour

**S'il existe un ou plusieurs facteurs de risque, précisez :**

- ATCD de fracture (vertébrale ou périphérique) sans contexte traumatique ou tumoral
- Corticothérapie > 3 mois, > 7,5 mg/jour d'équivalent prednisone
- ATCD d'hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercorticisme, hyperparathyroïdie primitive, ostéogénèse imparfaite ou hypogonadisme prolongé
- Femme ménopausée et au moins 1 autre élément cité.

**Bilan de retentissement :**

- Indication à une ostéodensitométrie :
  - OUI, déjà fait    Oui, à faire       Refusé       NON nécessaire    NR    NP
  - ↳ Si oui, précisez :  Normale       Pathologique
- Bilan biologique
  - OUI, déjà fait    Oui, à faire       Refusé       NON nécessaire    NR    NP
  - ↳ Si oui, précisez :  Normal       Pathologique

**Prise en charge :**

- Par le médecin traitant :
  - OUI, déjà fait    Oui, à faire       Refusé       NON nécessaire    NR    NP
- Prise en charge diététique ASDES
  - OUI, déjà fait    Oui, à faire       Refusé       NON nécessaire    NR    NP
- Traitement médicamenteux :
  - OUI, déjà fait    Oui, à faire       Refusé       NON nécessaire    NR    NP
- Autre type de prise en charge :
  - OUI, déjà fait    Oui, à faire       Refusé       NON nécessaire    NR    NP

**Dans tous les cas,** informations données sur la prévention de l'ostéoporose :

OUI    NON    NR    NP

**19) DONNEES CHIFFREES RECAPITULATIVES**

- Poids : \_\_\_\_\_ Kg
- Taille : \_\_\_\_\_ cm  
⇒ Calcul IMC : \_\_\_\_\_
- 
- Tension artérielle : | \_ \_ \_ | / | \_ \_ \_ |
- Glycémie  
 OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP  
 ↳ Si oui,      Date : \_\_\_\_\_      Valeur : \_\_\_\_\_      

	mmol/l
	g/l
- HbA1c, date : \_\_\_\_\_  
Valeur : \_\_\_\_\_ %
- Bilan lipidique  
 OUI, déjà faite       Oui, à faire       Refusée       NON nécessaire       NR       NP  
 ↳ **Si oui**,      Date : \_\_\_\_\_  
     CT : \_\_\_\_\_      LDL : \_\_\_\_\_      

	mmol/l
	g/l

  
     TG : \_\_\_\_\_      HDL : \_\_\_\_\_
- Natrémie, Kaliémie  
 OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP  
 ↳ **Si oui** déjà fait, Date : \_\_\_\_\_      Résultat :    normal       pathologique
- Créatininémie, clairance  
 OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP  
 ↳ **Si oui**,      Date : \_\_\_\_\_  
     Valeur : \_\_\_\_\_ (cochez l'unité choisie)      

	µmol/l
	g/l
- ↳ **Si oui**, calcul de la clairance : \_\_\_\_\_
- BU
- OUI, déjà faite    Oui, à faire    Refusée    NON nécessaire    NR    NP  
 ↳ **Si oui**,      Date : \_\_\_\_\_ (cochez la bonne réponse)      

	Négative
	Positive
- Bilan Hépatique  
 OUI, déjà fait       Oui, à faire       Refusé       NON nécessaire       NR       NP  
 ↳ **Si oui** déjà fait, date : \_\_\_\_\_, Résultat :    normal       pathologique
- 
- PSA,  
 OUI, déjà fait       Oui, à faire       Refusé       NON nécessaire       NR       NP  
 ↳ **Si oui** déjà fait, date : \_\_\_\_\_, valeur : \_\_\_\_\_
- Albuminémie :  
 OUI, déjà fait       Oui, à faire       Refusé       NON nécessaire       NR       NP  
 ↳ **Si oui** déjà fait, date : \_\_\_\_\_, valeur : \_\_\_\_\_

**TRAITEMENT médicamenteux**

AVANT INCLUSION

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

APRES INCLUSION

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Existe-t-il un mésusage de médicaments :  OUI  NON  NR  NP

↳ **Si oui**, précisez :

- Surdosage
- Mauvaise compliance
- Polymédication
- Autre, précisez : \_\_\_\_\_

*Rappel :*

*Dans la mesure du possible, il est préférable d'éviter les prescriptions de benzodiazépines et d'anticholinergiques chez les personnes âgées.*

**18) DONNEES RECAPITULATIVES DE PRISE EN CHARGE (1/2)****Consultations Réseau ASDES:**

	Faite	A faire	Refusée	NON nécessaire	NR	NP
Assistante sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diététicienne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cardiologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabétologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gériatre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Consultations hors réseau:**

	Faite	A faire	Refusée	NON nécessaire	NR	NP
Assistante sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diététicienne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cardiologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabétologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ophthalmologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ORL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Podologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dentiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation tabacologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation alcoolologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gériatre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Précisez : \_\_\_\_\_

**Prescription examens sanguins :**

	Faite	A faire	Refusée	NON nécessaire	NR	NP
Glycémie à jeun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HbA1C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bilan lipidique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ionogramme sanguin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Créatininémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Albuminémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Folates	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vitamine B12	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TSH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calcémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bilan hépatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PSA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sérologie VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sérologie VHB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sérologie VHC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Précisez : \_\_\_\_\_

**18) DONNEES RECAPITULATIVES DE PRISE EN CHARGE (2/2)****Prescription examens imagerie :**

	Faite	A faire	Refusée	NON nécessaire	NR	NP
Mammographie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coloscopie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiographie de thorax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ostéodensitométrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Echographie hépatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Scanner cérébral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Précisez : \_\_\_\_\_

**Autres :**

	Faite	A faire	Refusée	NON nécessaire	NR	NP
ECG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Holter ECG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Holter tensionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Echo doppler cardiaque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Echo doppler des TSA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Echo doppler veineux MI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epreuve d'effort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bilan uro-dynamique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaccinations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Précisez : \_\_\_\_\_

**Prise en charge du patient :** Délai souhaité pour la prise en charge globale du patient :

- 3 mois
- 6 mois
- 1 an

 Sortie du patient pour:

- Perdu de vue
- Prise en charge réalisée
- Prise en charge non réalisée malgré relances

**Observations:**


---



---



---



---



---