HÔPITAL DE JOUR GERIATRIQUE
CHIPS – Site de POISSY – RDC bât.B - 10, rue du Champ Gaillard – 78300 POISSY
Tél : inf.programmatrice 01 39 27 50 66 – secrétariat 01 39 27 54 34 - Fax : 01 39 27 47 28
Mail : hdjgeriatriepy.chips@ght-yvelinesnord.fr

Demande provenant de :

CHIPS *(préciser service)* ☐ Médecin Traitant ☐ Eq Mobile Gériatrique ☐
Consultation mémoire ☐ HDJ gériatrique ☐ Autre *(préciser)* ☐

Médecin demandeur (Coordonnées + téléphone) :

Identité du patient	***Coordonnées :***
NOM : NOM de JF : Prénom : Date de naissance : N° de téléphone : Adresse :	*du référent (lien avec le patient) :* *de l'accompagnant (si différent du référent) :*
Transport : Moyens propres ☐ Ambulance ☐ Taxi/VSL ☐ ALD ☐ Mutuelle ☐ Mesure protection☐	***Jour(s) ou période souhaité (s) :***

Motif d'hospitalisation	
☐ Bilan cognitif	☐ Oncogériatrie
☐ Bilan de chutes	☐ Réévaluation après changement de traitement
☐ Perfusion/Transfusion	☐ Réévaluation après mise en place d'aide à domicile
☐ Bilan de plaie (☐ Entonox)	☐ Nutrition
☐ Dépistage fragilité (HAS)	☐ Evaluation sociale
	☐ Autre :

Traitement en cours :

Renseignements cliniques / Contexte du patient / Examens déjà réalisés:

☐ MMS si connu…… ☐ risque de fugue ☐ comportement/humeur : ……
Marche : ☐ seul ☐ aide ☐ alité ☐ incontinence

Date : Signature :