

Hôpital de jour gériatrique de Bischwiller
17, Route de Strasbourg
67241 Bischwiller
Téléphone 03.88.80.22.48 / fax 03.88.80.22.45
E-mail : secretariat.hdj@ch-bischwiller.fr

À compléter et à envoyer (envoi postal, fax ou e-mail), afin d'obtenir un rendez-vous au service.

PARTIE RESERVEE AU SECRETARIAT DE L'HDJ (ne pas remplir) :

Demande validée par :	
Dr. Anthony <input type="checkbox"/>	date de validation :
Dr. Paul <input type="checkbox"/>	date de validation :
Dr. Moreau <input type="checkbox"/>	date de validation :
RDV Proposé le (date et heure) :	
Type de RDV : Consultation mémoire <input type="checkbox"/> HDJ MCO <input type="checkbox"/> Cs NEURO gériatrique <input type="checkbox"/>	
Convocation envoyée par : mail <input type="checkbox"/> courrier postal <input type="checkbox"/>	

Nom du médecin adresseur et coordonnées :

Date de la demande :

Coordonnées du patient :

Nom et prénom : Nom de Naissance :

Sexe : : Féminin Masculin

Numéros de sécurité sociale :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Nom du médecin traitant :

Situation familiale : célibataire marié veuf

Y-a-t-il une personne de référence (souhaitable) : OUI NON

Nom de la personne de référence :

Le patient a donné son accord pour échanger avec la personne référente

Le patient n'est plus en mesure de donner son consentement

Le patient ou la personne référente a donné son accord pour la transmission des données demandées pour la réalisation du bilan

J'autorise le médecin de l'HDJ à récupérer les CR médicaux via le DMP (Dossier Médical Partagé) : oui non

Coordonnées de la personne de référence :

Nom et prénom : Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone : Fixe /Portable

Mail :

Convocation à envoyer à : au patient à la personne de référence

Mode de vie du patient :

Domicile seul

Domicile avec le conjoint ou famille

Résidence Senior

EHPAD

Patient actuellement hospitalisé nom du service/hôpital :

Autres :

Conduite automobile : oui non

Langue parlée : français allemand autre :

Réticence à venir : oui non

Mode déplacement pour le RDV :

Véhicule personnel

VSL

Ambulance

Nom de la personne accompagnante/lien familial :

Motifs de la demande (merci de détailler) :

Bilan de troubles de la mémoire

Bilan de troubles du comportement

Bilan de chute/gériatrique global incluant un bilan cognitif

Prise en charge rééducative

Demande de certificat médical pour une protection juridique

Préciser si la prise en charge est urgente et le motif de l'urgence

Détails du contexte et de la problématique :

Traitements (ordonnance à joindre à la fiche) :

Antécédents médicaux et/ou chirurgicaux principaux :

Suivi spécialistes :

Neurologue : oui non si oui, merci de nous communiquer le nom du médecin et ses comptes rendus

Enregistrement polysomnographie effectué : oui non si oui, merci de nous communiquer le nom du médecin et ses comptes rendus

Psychiatre oui non si oui, merci de nous communiquer le nom du médecin et ses comptes rendus.

Examens déjà réalisés :

IRM/Scanner cérébral : oui non merci de joindre le compte rendu et rapporter le CD-ROM avec les images

Merci de nous communiquer tout autre courrier ou résultats d'examens effectués que vous jugez utiles pour la prise en charge de votre patient et pour l'établissement d'un diagnostic

Suite à cette demande complétée, nous vous donnerons une date de rendez-vous.