

Merci de remplir
les encadrés.

Date De L'alerte : ... / ... /09

Signalement :

- | | | |
|---|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant | <input type="checkbox"/> ADAPAH | <input type="checkbox"/> ADMR |
| <input type="checkbox"/> CHG BLD | <input type="checkbox"/> ADHAP | |
| <input type="checkbox"/> HDJ | <input type="checkbox"/> CLIC | |
| <input type="checkbox"/> Autres : | <input type="checkbox"/> Assistante Sociale : | |

Renseignements recueillis auprès de :

Nom du patient : Date de naissance :

Adresse : ☎ :

Médecin traitant : ☎ :

- Accord de principe : oui non
→ Certificat médical à envoyer : oui non

M. Gériatre :

Date appel :

Personne contactée :

Information sur le réseau donnée à la personne : oui non

Contexte : Le patient est : à domicile à l'hôpital (cf verso)

Personne référente : autres :
 urgences

Entourage :

Type d'évaluation souhaitée : (risques gérontologiques détaillés au verso)

- | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Spécifique | <input type="checkbox"/> Globale | | | |
| <input type="checkbox"/> Nutrition | <input type="checkbox"/> Moteur | <input type="checkbox"/> Cognitif | <input type="checkbox"/> Comportement | <input type="checkbox"/> Humeur |

CARACTERE D'URGENCE : OUI NON

N° de S.S :

Caisse de sécurité sociale :

Mutuelle(s) :

Caisses de retraite :

APA : Date :
Plan d'aide :

GIR de Référence :

Autres informations :

Si le patient est à l'hôpital :

Service :

Date d'entrée : Date de sortie prévue le :

Risques gérontologiques :

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nutritionnel | <input type="checkbox"/> Déficit visuel |
| <input type="checkbox"/> Chute | <input type="checkbox"/> Déficit auditif |
| <input type="checkbox"/> Cognitif | <input type="checkbox"/> Incontinence |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Problème podologique |
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Etat bucco-dentaire |
| <input type="checkbox"/> Iatrogène | <input type="checkbox"/> Cutané |

Plan d'intervention :