Réseau de Santé
du sud meusien

Date de l'alerte : …/…/…..

Origine de la demande

□ Médecin traitant
□ Service d'aide à domicile *Préciser* :……
□ CLIC
□ HDJ
□ SSIAD *Préciser* ……
□ Famille, entourage, personne concernée
□ Centre Hospitalier, *Préciser* :……..
□ Autres, *Préciser* : ……

Nom, Prénom du **Patient :** …… Date de naissance : ……
Adresse : …… ☎ : ……
Médecin traitant : ……..... ☎ : …….....

Personne(s) de l'**Entourage** :
Nom, Prénom : …… ☎ :……
Préciser lien avec le patient :……...

Le patient est : □ à domicile

□ à l'hôpital *Précisez localisation CH et service* :……...
Date d'entrée :……. Date de sortie :……...
Motif de l'hospitalisation :……
……..

Risques gérontologiques

□ Nutritionnel
□ Chute
□ Cognitif
□ Dépression
□ Douleur
□ Iatrogène
□ Déficit visuel
□ Déficit auditif
□ Incontinence
□ Problème podologique
□ Etat bucco-dentaire
□ Cutané

Renseignements supplémentaires / motif de l'inclusion au Réseau de santé :
……..
……..
……..
……..

CARACTERE D'URGENCE : □ OUI □ NON