

Fiche d'admission

De la part du Dr :

Date de la demande :

PATIENT :

Nom :

Tel :

Nom de naissance :

Adresse :

Prénom :

Date de naissance

AIDANT / Contact privilégié :

Nom / Prénom :

Tel :

MOTIF de la DEMANDE :

- Troubles cognitifs
- Troubles de l'humeur / du comportement
- Chute à répétition et/ou trouble de la marche
- Troubles de la déglutition
- Altération de l'état général

Quel intervenant faut-il prioriser parmi :

- Assistante sociale
- Diététicienne
- Kinésithérapeute

Commentaire :

ATCD / Allergies :

Traitement en cours :

Examens complémentaires réalisés récemment:

(Merci de joindre compte-rendu) :

Souhaitez vous que nous programmions un scanner cérébral?

OUI NON

Délai d'intervention souhaité :

Dès que possible Dans le mois Dans les 6 mois