

Merci de nous transmettre ce formulaire via une adresse mail sécurisée sec.hdj.ledivit@ail.asso.mssante.fr avec les éléments médicaux les plus précis afin de nous permettre d'assurer au mieux notre suivi.

NB : critères d'exclusion : Troubles cognitifs à orienter en HDJ gériatrique, troubles neurologiques justifiant un bilan spécialisé, maintien à domicile difficile au point de nécessiter une hospitalisation conventionnelle, AEG rapidement aggravative justifiant un bilan en médecine aigue

Identité du patient	
Nom et Prénom :	
Date de naissance :	Téléphone : E-mail :
Adresse :	
Nom et coordonnées de la personne à prévenir :	
Lieu de séjour actuel du patient :	☐ Domicile ☐ Résidence autonomie ☐ Hospitalisation – service :
Données médicales	
Motif de la demande :	☐ Prévention des chutes ☐ Troubles de la marche ☐ Bilan pré-opératoire ☐ Réadaptation post hospitalisation ☐ Soutien pour le maintien à domicile et/ou le devenir
Antécédents	
Histoire clinique	
Autonomie	Marche : ☐ Aucune aide ☐ Cannes ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil Toilette : ☐ Seule ☐ Avec aide humaine Habillage : ☐ Seule ☐ Avec aide humaine Fragilité cognitive : ☐ Oui ☐ Non - MMS si connu et date de réalisation :
Traitement actuel (joindre la ou les dernières ordonnances)	
Professionnels référents (nom)	
Médecin spécialiste/hospitalier référent :	
Médecin généraliste référent :	
Cabinet infirmier :	

Cachet et signature du médecin à l'origine de la demande :