

## DEMANDE D'HOSPITALISATION DE JOUR GERIATRIQUE

A envoyer par FAX au : **01 61 10 72 48**

ou par mail : [hdj.geriatrie@ghef.fr](mailto:hdj.geriatrie@ghef.fr)

NOM DU PATIENT : .....

NOM DE NAISSANCE : .....

Date de Naissance : .....

Adresse : .....

.....

**Médecin demandeur :**

Coordonnées tel :

Coordonnées mail :

Accueil Souhaité

Lit

Fauteuil

MOTIF DE LA DEMANDE : .....

DATE SOUHAITEE DE L'HDJ :

JOURNEE

MATIN

APRES-MIDI

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

IRM CEREBRALE

SCANNER CEREBRAL

ECHOGRAPHIE CARDIAQUE

DOPPLER V MI

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

RADIO EPAULE

CS DIETETIQUE

IPA

EVALUATION GERIATRIQUE STANDARDISE

TEP CERVEAU

HOLTER RYTHMIQUE

DOPPLER TSA

DOPPLER TSA + AMI

SCANNER THORACO-ABDO

RADIO DE GENOU

CS PSY

ASSISTANTE SOCIALE

dat scan

HOLTER TA

DOPPLER AMI

DOPPLER TSA + AMI

RADIO PULM

CS ORL

NEUROPSY

AUTRES EXAMENS : .....

AVIS de SPECIALITE : .....

BILAN BIOLOGIQUE : .....

## DEMANDE D'HOSPITALISATION DE JOUR GERIATRIQUE

**DONNEES MEDICALES :**

**ATCD :**

**TRAITEMENTS ACTUELS :**