

PATIENT

AIDANT OU ACCOMPAGNANT PRINCIPAL

Nom du Patient :
 Prénom du patient :
 Né (e) le :
 Lieu de vie :
 Domicile / Résidence Senior / RPA / EHPAD
 Aides techniques : Fauteuil roulant/ déambulateur/ cannes
MEDECIN TRAITANT :
MEDECIN PRESCRIPTEUR :
SPECIALITE :

NOM :

MAIL/TEL :

LIEN DE PARENTE :

Afin d’optimiser le bilan, merci de bien vouloir nous faire parvenir les documents suivants :

[COURRIER DE L'ADRESSEUR, TRAITEMENT EN COURS, BILAN BIOLOGIQUE, IRM cérébrale \(Modèle de prescription d'IRM et de bilan biologique via le lien internet ci-dessus\)](#)

A REMPLIR PAR LE MEDECIN ADRESSEUR

Motif de la demande de bilan :	Date et cachet

PRINCIPALES PATHOLOGIES ACTIVES

- -

- -

- -

Y a-t-il eu une hospitalisation ces 6 derniers mois ? OUI/ NON (Si oui, envoyer le CRH impérativement)

LIMITATIONS SENSORIELLES ?

Troubles visuels : OUI / NON
 (DMLA / CATARACTE / GLAUCOME)

Troubles auditifs : (surdité / hypoacousie)
 Appareillage : OUI / NON

Besoin d’une évaluation cognitive ?

Besoin d’une évaluation Psycho-comportementale et / ou thymique ?

Langue maternelle étrangère ?

 Si oui, Français : parlé / lu / écrit ?

MMS : /30, fait le :
 Bilan diagnostique
 Bilan de suivi
 Stimulation cognitive en ateliers SMR

Troubles de l’humeur (anxiété/dépression)
 Troubles du comportement :
 Autre pathologie psychiatrique :
 Suivi réalisé par :
 À :
 Traitement en cours :
 Addictions : type : sevrage :

Besoin d’une évaluation fonctionnelle ?

Besoin d’une évaluation nutritionnelle ?

Avis Equilibre / Risque de chute
 Trouble du schéma corporel (trouble de la représentation et de la perception du corps)
 Adaptation / aides techniques
 Aide mnémotechnique

Y a-t-il eu une chute ces 6 derniers mois ? OUI / NON
 Prise en charge kinésithérapie à domicile ? OUI / NON

Dénutrition avérée
 Perte de poids :Kg depuis
 Perte d’appétit
 Autre :

Besoin d’une évaluation orthophonique ?

Troubles de la déglutition
 Troubles du langage Expression Compréhension
 Troubles de la parole (articulation)

Besoin d’un accompagnement pour démarches sociales ?

Besoin d’une autre évaluation ?

Lieu de vie non adapté
 Aide à domicile insuffisante
 Protection juridique

Bilan cardiologique/ HTA
 Bilan plaies et cicatrisation
 Autre :

CADRE RESERVE AU SERVICE

Commission dossier étudié le :

BILAN prévu le :

Nombre d'intervenants préconisés :

Documents envoyés le :

<input type="checkbox"/> Médecin Gériatre	<input type="checkbox"/> Infirmière DE <input type="checkbox"/> MMS <input type="checkbox"/> Test de l'horloge
<input type="checkbox"/> Médecin Psychiatre <input type="checkbox"/> LMP <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> FG <input type="checkbox"/> Indifférent	<input type="checkbox"/> Assistante Sociale
<input type="checkbox"/> Neuropsychologue <input type="checkbox"/> Avis <input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> CML	<input type="checkbox"/> Diététicienne
<input type="checkbox"/> Psychomotricienne	<input type="checkbox"/> Orthophoniste
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute	<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Gériatrique <input type="checkbox"/> Psychiatrique
<input type="checkbox"/> Autre Orientation (EMGL / EMPISA/ CARDIO/PLAIE ET CICAT ...) : 	<input type="checkbox"/> Consultation IPA

Dr

Spécialité :

N° RPPS :

Adresse :

Email :

Téléphone :

Prénom & Nom du patient :

Fait à _____, le / /

Faire le bilan biologique suivant avant la consultation/bilan prévu au sein de l'Hôpital Les Magnolias
le / /

- NFS + plaquettes
- Créatininémie avec clairance
- Natrémie, kaliémie et protidémie
- HbA1c si diabète connu
- NtProBNP si antécédent d'insuffisance cardiaque
- Recherche d'une anomalie lipidique
- ASAT, ALAT, Phosphatases alcalines et GGT
- TSH us
- Ferritine et CST
- Albuminémie
- Folates et B12

Signature et tampon :

Dr

Spécialité :

N° RPPS :

Adresse :

Email :

Téléphone :

Prénom & Nom du patient :

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

IRM cérébrale avec coupes centrées sur les hippocampes :

Coupes axiales avec séquence pondérée T2

Coupes axiales en séquence pondérée T2*

Coupes axiales en séquence FLAIR

Coupes axiales en séquence de diffusion

Dans le cadre du bilan étiologique de troubles mnésiques.

Bilan mémoire prévu à l'Hôpital Les Magnolias le ____ / ____ / ____

Signature et tampon :