



## DEMANDE D'ÉVALUATION GERONTOLOGIQUE GLOBALE A DOMICILE

### MEDECIN TRAITANT

Nom :

Date de la demande :

Adresse :

N° de tél/Fax :

Email :

MEDECINS SPECIALISTES :

### PATIENT

Nom :

Date de naissance :

Adresse :

N° de tél :

Nom de la personne référente :

### ANTECEDENTS – PATHOLOGIES CHRONIQUES

### TRAITEMENT SUIVI

### DERNIERE(S) HOSPITALISATION(S)

Merci de bien vouloir noter les dates, les services concernés pour faciliter les recherches.

MOTIF(S) DE LA DEMANDE

Cocher SVP	X	Commentaires / Observations
Trouble mnésique		
Trouble du comportement		
Trouble de l'humeur		
Trouble marche/équilibre - Chute		
Asthénie <input type="checkbox"/> Anorexie <input type="checkbox"/> Amaigrissement <input type="checkbox"/>		
Demande d'adaptation du traitement		
Inobservance		
Refus de soins		
Evaluation des plaies, escarres, ulcères...		
Epuisement de l'aidant		
Perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne compromettant le maintien à domicile en l'absence d'un tiers		
Conflits familiaux compromettant le maintien à domicile		
Isolement social et/ou familial		
Evaluation du risque de maltraitance (maltraité ou maltraitant)		
Problématique sociale (hygiène, adaptation du logement...)		
Autre ( <i>préciser</i> )		