

**Formulaire de demande hôpital de jour gériatrique**

ENR QUAL 588

Version : 3

Date d'application : 11/2020

Page : 1/1

 **Hôpital de jour gériatrique** : 03.28.58. 60.16

**Numéro fax** : 03.28.58.60.78

**Nom demandeur** : .....

**Nom et prénom du patient** : .....

**Adresse** : .....

.....

**Date de naissance** : .....

**Numéro de téléphone** : .....

**Motif de la demande** : .....

.....

.....

**MMS** : .....

**Intervenants demandés (4 maximum) :**

- Ergothérapeute
- Diététicien
- Assistante sociale
- Neuropsychologue
- Psychomotricien

**Bilan biologique souhaité** : .....

.....

**ECG souhaité** :  Oui  Non

**Merci aux partenaires extérieurs d'adresser le formulaire aux adresses mails suivantes :**

[Medecine.geriatrie@pg-s.com](mailto:Medecine.geriatrie@pg-s.com)

[Hdj.geriatrique@pg-s.com](mailto:Hdj.geriatrique@pg-s.com)