

*Le patient sera convoqué par nos soins. Une copie de la convocation est aussi adressée au proche aidant, au médecin traitant et au CMS, sauf demande contraire de votre part.*

## Demande de Consultation

**Date :**

**Demande faite par :**

**Consultation :**

**Mémoire**

**Gériatrie ambulatoire**

---

### Coordonnées du patient

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Rue : .....

NPA / Ville : .....

Téléphone : .....

### Médecin traitant

.....

.....

.....

### Coordonnées des proches aidants

Nom / Prénom .....

Adresse .....

Lien de parenté .....

Téléphone .....

Le proche sera-t-il présent à la consultation ?

Oui (vivement recommandé, si possible)

Non

### Éléments d'anamnèse et motifs de la consultation

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Diagnostics actuels, comorbidités, facteurs de risque, éthylisme, déficiences sensorielles**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Traitement actuel (et antérieurs, dans le domaine, efficacité, tolérance)**

.....  
.....  
.....  
.....

**Examens déjà pratiqués (dernier laboratoire, IRM cérébrale, avis neurologique, neuropsychologique)**

*Merci de nous transmettre une copie de ces résultats et les clichés de l'imagerie.*

.....  
.....  
.....

**Motifs d'intervention :**

- Diagnostic de troubles cognitifs
- Troubles de la marche et de l'équilibre avec ou sans chute
- Troubles thymiques
- Troubles du comportement
- Douleurs
- (Risque de) dénutrition
- Polymédication
- Bilan pré-opératoire gériatrique (TAVI, PTH, PTG...)
- Oncologie gériatrique
- Situation sociale complexe
- Prise en charge des aidants naturels
- Contact téléphonique souhaité avant la consultation
- Participation du Médecin traitant, ou du CMS ou d'un autre professionnel à la consultation de restitution des résultats. Si oui, quelle(s) personne(s) :
  - Souhait que le Centre Sénior initie les démarches (ergo, physio, CMS, prescriptions...)
  - Souhait que le Médecin traitant initie les démarches