

Tél secrétariat UADG : 04.20.00.40.00

Adresse mail : uad-geriatrique@ch-bastia.mssante.fr

DATE DE LA DEMANDE : / /

PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance ou âge :

Téléphone :

PROCHE OU PERSONNE RÉFÉRENTE

Nom, Prénom :

Numéro de téléphone :

Lien avec le patient :

MEDECIN ADRESSEUR

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Adresse mail :

IDE LIBÉRAL REFERENT

Nom, Prénom :

N° téléphone :

Motif de la demande d'hospitalisation :

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

Anamnèse en lien avec cette demande, examens réalisés (joindre les résultats) et hypothèse diagnostiques :

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

Antécédents, allergies et référents médicaux :

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

⇒ **Merci de joindre la dernière ordonnance du patient**

Précisions éventuelles sur les attentes (examens souhaités, prise en charge sociale, ...) :

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

Difficultés pressenties pour le retour à domicile : oui non

Validation de la demande par le gériatre Dr le / / : oui non

Signature du gériatre :