	DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE D'ADMISSION DIRECTE GERIATRIQUE (UADG)	**UADG-ENG-001** **Version 1.00** Du 05/02/2026 **Page 1 sur 1**

IDE UADG : 04.95.59.13.74
Tél secrétariat UADG : 04.20.00.40.00
Adresse mail : uad-geriatrique@ch-bastia.mssante.fr

DATE DE LA DEMANDE : ..... / ..... / .....

PATIENT	**MEDECIN ADRESSEUR**
Nom :	Nom : .....
Prénom :	Prénom : .....
Date de naissance ou âge :	Téléphone : .....
Téléphone :	Adresse mail : .....
PROCHE OU PERSONNE RÉFÉRENTE	**IDE LIBÉRAL REFERENT**
Nom, Prénom :	Nom, Prénom : .....
Numéro de téléphone :	N° téléphone : .....
Lien avec le patient :	

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 :