CENTRE HOSPITALIER DE LA CHATRE

HÔPITAL DE JOUR MÉDECINE & GÉRIATRIE

QUESTIONNAIRE D'ADRESSAGE

À compléter par un professionnel de santé, le patient ou un proche. Ce questionnaire permet l'étude de la demande et l'organisation d'une journée en HDJ dans le parcours le plus adapté, après validation par l'équipe.

Évaluation gériatrique : 65 ans et plus | Plaies chroniques et médecine polyvalente : sans critère d'âge spécifique

PERSONNE À PRÉVENIR / MÉDECIN TRAITANT

Nom :

Lien de parenté :

Téléphone :

Médecin traitant :

Téléphone / Mail :

INFORMATIONS PATIENT

Nom et prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Téléphone :

Adresse :

REPÉRAGE

	Oui	Non	Ne sait pas
La personne vit-elle seule ?			
La personne a-t-elle perdu du poids involontairement au cours des 3 derniers mois ?			
La personne présente-t-elle une diminution de l'appétit ou des difficultés à s'alimenter ?			
La personne se sent-elle plus fatiguée depuis les 3 derniers mois ?			
La personne a-t-elle davantage de difficultés pour marcher ou se déplacer depuis 3 mois ?			
La personne a-t-elle fait une ou plusieurs chutes au cours des 12 derniers mois ?			
La personne ou son entourage constate-t-il des troubles de la mémoire ou des difficultés cognitives ?			
La personne a-t-elle des difficultés dans les activités quotidiennes (toilette, habillage, repas, déplacements) ?			
La personne présente-t-elle une ou plusieurs plaies chroniques non stabilisées, dont la cicatrisation est insuffisante ou l'évolution défavorable ?			
La personne nécessite-t-elle une transfusion de culots globulaires ou de plaquettes ?			
La personne nécessite-t-elle une perfusion complexe (fer IV, immunoglobulines, antibiothérapie IV ou autre) ?			
La personne a-t-elle été informée de la demande d'adressage et est-elle d'accord pour une prise en charge en HDJ ?			
La personne a-t-elle déjà répondu au questionnaire ICOPE Step 1 ?			

INFORMATIONS PRATIQUES COMPLÉMENTAIRES

Allergies, régime alimentaire, texture adaptée, besoins particuliers pour l'accueil :

Si vous rencontrez des difficultés pour compléter ce questionnaire, l'infirmière du service peut vous accompagner. Contactez le secrétariat au : _____

Merci de renvoyer le questionnaire complété et signé à l'adresse mail : _____

Date : _____ Nom, prénom et qualité du demandeur : _____

Signature : _____

PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES SUR LA SITUATION DU PATIENT

Questionnaire d’adressage – Hôpital de Jour Médecine & Gériatrie

Nom et prénom du patient : .....

Merci de préciser, si nécessaire, le motif principal de la demande d’adressage, les difficultés rencontrées, les attentes concernant la prise en charge en HDJ et toute information utile à l’organisation des soins.

En cas de plaie chronique, préciser si possible sa localisation, son ancienneté, son évolution et les soins déjà réalisés.

Rubrique facultative – à remplir par un professionnel de santé, le patient ou un proche.