

Centre de Gériatrie Ambulatoire et Communautaire

Demande de consultation à envoyer à cgac@chuv.ch ou fax 021 314 17 20

Coordonnées patient·e :

Nom / prénom

Date naissance

Adresse

NPA, localité

Téléphone

Médecin de famille :

Nom / prénom

Lien de parenté

Téléphone

Coordonnées proches aidant·e·s :

Nom / prénom

Lien de parenté

Téléphone

Prestations souhaitées

- Soutien au dépistage des syndromes gériatriques et aide à la prise en charge
- Aide au maintien à domicile Evaluation situation sociale complexe
- Gestion de la polymédication Evaluation de l'épuisement des proches aidant·e·s
- Conseil concernant adaptation / introduction d'un traitement, y compris traitement chirurgical (préciser quel traitement) : _____
- Aide à la rédaction de directives anticipées / projet de soins anticipé
- Autres / question spécifique :

Objectif de la consultation (indispensable pour cibler l'évaluation) : _____

Diagnostics et antécédents pertinents (ou à mettre en annexe) :

Traitement actuel (ou à mettre en annexe) :

Modalité de consultation souhaitée : ambulatoire (dans nos locaux) à domicile

Suivi CMS/OSAD : non oui, nom du CMS/OSAD _____

Evaluation MMSE/MoCA ou autres évaluations gériatriques : si disponible, merci de joindre une copie.

Examens de laboratoire / imagerie cérébrale : si disponible, merci de joindre une copie des rapports.

Le·la patient·e a été informé·e de la demande de consultation et donne son accord oui non

Le·la médecin de famille a été informé·e de la demande de consultation et donne son accord oui non

Demande émanant de : médecin de famille hôpital CMS/OSAD famille autre

Date :

Signature :