



## Centre de Gériatrie Ambulatoire et Communautaire

### Demande de consultation à envoyer à [cgac@chuv.ch](mailto:cgac@chuv.ch) ou fax 021 314 17 20

**Coordonnées du patient :**

Nom / prénom

Date naissance

Adresse

NPA, localité

Téléphone

**Médecin traitant :**

**Coordonnées des proches aidants :**

Nom / prénom

Lien de parenté

Téléphone

**Questions spécifiques :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Troubles de la marche / chute   | <input type="checkbox"/> Problèmes médicamenteux / polymédication            |
| <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire / fécale  | <input type="checkbox"/> Polymorbidité                                       |
| <input type="checkbox"/> (Risque de) Dénutrition   | <input type="checkbox"/> Situation sociale complexe / Epuisement des aidants |
| <input type="checkbox"/> Problème éthique / juridique (capacité de discernement par rapport au maintien à domicile, choix d'un traitement) |  |
| <input type="checkbox"/> Autres :  |  |

**Prestations souhaitées :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Consultation ambulatoire | <input type="checkbox"/> Prise en charge Readom (réadaptation gériatrique à domicile) |
| <input type="checkbox"/> Consultation à domicile  | <input type="checkbox"/> Consultation mobilité  |

Un contact téléphonique sera pris pour préciser les modalités d'intervention

**Diagnostics et antécédents pertinents :**

**Traitement actuel :**

Prise en charge par CMS :  non  oui CMS de

Score MMS / test de l'horloge (si disponible) :

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

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

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

*Demande émanant de :* médecin traitant  hôpital  CMS  famille  autre

Date :

Signature :

