



**FICHE DE DEMANDE D'HOSPITALISATION EN  
HOPITAL DE JOUR GERIATRIQUE  
(Patient de 75 ans et +)**

Cette fiche est à nous retourner dûment complétée et signée par le médecin

**sec.hdj@ch-cambrai.mssante.fr**

Centre Hospitalier de Cambrai  
Hôpital de Jour

☎ 03.27.73.71.66

**IDENTITE ET COORDONNEES DU PATIENT, DE SON PROCHE AIDANT ET DES PROFESSIONNELS DE SANTE DE 1<sup>ERS</sup> RECOURS**

**Patient**

Nom – Prénom :

Nom de jeune fille :

Age :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

**Proche aidant**

Nom – Prénom :

Statut :

Téléphone :

**Professionnels de santé de 1ers recours (IDE et Pharmacien) :**

IDE :

Pharmacien :

**Antécédents médicaux**

**Traitements actuels (en précisant posologie, heure de prise et si possible ceux introduits depuis moins de 2 mois) :**

Le patient doit apporter impérativement la dernière ordonnance, les boîtes de médicaments utilisées ainsi que son traitement si pris au moment du déjeuner

**HABITUDES DE VIE ET AUTONOMIE**

Merci de compléter pour la prise en soins du patient lors de son hospitalisation

Activité	Description	Oui	Non
<b>Mobilité</b>	Est autonome pour ses transferts et déplacement, <b>sans aucune aide</b>		
	A besoin d'une <b>aide partielle</b> pour ses transferts et déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire mécanique (béquille, chaise roulante, ...)		
	A besoin d'une <b>aide totale</b> de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer		
<b>Aller aux toilettes</b>	Seul et <b>sans aucune aide</b>		
	<b>Aide partielle</b> Incontinence (protection)		
<b>Manger</b>	Seul et <b>sans aucune aide</b>		
	<b>Aide partielle</b>		
	<b>Aide totale</b>		
<b>Comportement communication</b>	Troubles du <b>comportement</b> (déambulation, agitation, agressivité...)		

**MOTIF DE LA DEMANDE**  
**Cochez l'hôpital de jour souhaité**

**Bilan de fragilité**

- Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?  OUI  NON
- Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?  OUI  NON
- Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?  OUI  NON

**Bilan de chute**

- Votre patient a-t-il présenté 2 chutes ou plus au cours des 6 derniers mois ?  OUI  NON
- Votre patient présente-t-il des troubles de l'équilibre ?  OUI  NON
- Votre patient a-t-il peur de la chute ?  OUI  NON

**Bilan onco-gériatrique**

- Votre patient présente-t-il une lésion néoplasique avec projet carcinologique à définir ?  OUI  NON
- Votre patient nécessite-t-il des soins de support ?  OUI  NON

**Bilan de troubles cognitifs**

- MMS de votre patient :

*Si < 15, l'état cognitif trop dégradé ne retirera malheureusement pas de bénéfice à une prise en soins en hôpital de jour*

**Transfusion itérative**

- Hémoglobininémie :  g/dl
- Votre patient a-t-il déjà été transfusé au sein de notre établissement ?  OUI  NON

**Transfusion de fer**

- Hémoglobininémie :  g/dl
- Ferritinémie :  ng/ml
- Votre patient a-t-il déjà bénéficié d'une perfusion de fer établissement ?  OUI  NON

Date :

Signature et cachet du médecin ayant complété le formulaire :