



centre hospitalier "Ferdinand-Grall"

TELECONSULTATION – FICHE MEDICALE

Vous sollicitez une téléconsultation gériatrique au CH de Landerneau. Merci de compléter ce document, puis de le transmettre par mail sécurisé

Date de la demande :

LE PATIENT

Nom d'usage		Prénom	
Né(e) le		Sexe	

Problème(s) posé(s)			
Pathologie(s) en cours Antécédents significatifs		Traitement habituel (ou joindre dernière ordonnance)	
Autonomie du patient (indiquer le GIR si connu)			

Etat nutritionnel :	Poids:	le:	Perte de poids sur les 3 derniers mois (nb de kg)	
	Taille:			

Troubles cognitifs	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Suivi actuel ou antérieur avec un médecin spécialisé	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Si oui, <input type="checkbox"/> Gériatre, précisez le nom :	
	<input type="checkbox"/> Neurologue, précisez le nom :	
Symptômes psycho-comportementaux (y compris la dépression) :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	A-t-il bénéficié d'un avis auprès d'un psychiatre? Non Oui	
	description des symptômes:	

Marche : Oui Non

Sans aide 1 canne 2 cannes Déambulateur Fauteuil roulant Aide humaine

Chute dans les 12 derniers mois: Non Oui

Si oui, combien : dont date de la dernière chute (si connue):

Incontinence urinaire : Non Oui

Troubles sensoriels :

Déficiences auditives : Non Oui, appareillage : Non Oui

Déficiences Visuelles : Non Oui, appareillage : Non Oui