

**Hôpital de jour gériatrique de Bischwiller**  
17, Route de Strasbourg  
67241 Bischwiller  
Téléphone 03.88.80.22.48 / fax 03.88.80.22.45  
E-mail : [secretariat.hdj@ch-bischwiller.fr](mailto:secretariat.hdj@ch-bischwiller.fr)

**À compléter et à envoyer (envoi postal, fax ou e-mail), afin d'obtenir un rendez-vous au service.**

Nom du médecin adresseur et coordonnées :

Coordonnées du patient :

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

Nom du médecin traitant : .....

Situation familiale :  célibataire  marié  veuf

Y-a-t-il une personne de référence (souhaitable) :  OUI  NON

Nom de la personne de référence : .....

Le patient a donné son accord pour échanger avec la personne référente

Le patient n'est plus en mesure de donner son consentement

Le patient ou la personne référente a donné son accord pour la transmission des données demandées pour la réalisation du bilan

Mode de vie du patient :

Domicile seul

Domicile avec le conjoint ou famille

Résidence Senior

EHPAD

Patient actuellement hospitalisé  nom du service/hôpital :

Autres :

Conduite automobile :  oui  non

Langue parlée :  français  allemand  autre : .....

Coordonnées de la personne de référence :

Nom et prénom : ..... Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Téléphone : Fixe ..... /Portable .....

Mail : .....

Convocation à envoyer à : au patient  à la personne de référence

Réticence à venir :  oui  non

Mode déplacement pour le RDV :

Véhicule personnel

VSL

Ambulance

Nom de la personne accompagnante/lien familial : .....

Motifs de la demande (merci de détailler):

Bilan de troubles de la mémoire

Bilan de troubles du comportement

Bilan de chute/gériatrique global incluant un bilan cognitif

Prise en charge rééducative

Demande de certificat médical pour une protection juridique

**Préciser si la prise en charge est urgente et le motif de l'urgence**

Détails du contexte et de la problématique :

Traitements (ordonnance à joindre à la fiche)

Antécédents médicaux et/ou chirurgicaux principaux :

Suivi spécialistes :

Neurologue : oui  non  si oui, merci de nous communiquer le nom du médecin et ses comptes rendus

Enregistrement polysomnographie effectué : oui  non  si oui, merci de nous communiquer le nom du médecin et ses comptes rendus

Psychiatre oui  non  si oui, merci de nous communiquer le nom du médecin et ses comptes rendus

Examens déjà réalisés :

IRM/Scanner cérébral : oui  non  merci de joindre le compte rendu et rapporter le CD-ROM avec les images

**Merci de nous communiquer tout autre courrier ou résultats d'examens effectués que vous jugez utiles pour la prise en charge de votre patient et pour l'établissement d'un diagnostic**

**Suite à cette demande complétée, nous vous donnerons une date de rendez-vous.**

---

**PARTIE RESERVEE AU SECRETARIAT DE L'HDJ (ne pas remplir) :**

Demande reçue par : téléphone  mail

Date de la demande : .....

Nom de la personne ayant pris note de la demande : .....

Demande validée par/date de validation : Dr Anthony  Dr Paul  .....

RDV Proposé le (date et heure) : .....

Type de RDV : Consultation mémoire  HDJ MCO

Convocation envoyée par : mail  courrier postal