



Lettre de renvoi de la clinique de mémoire

À emporter :

- Lunettes (de lecture)
- Appareils auditifs
- Liste de vos médicaments
- Lettre de renvoi de votre médecin traitant ou le présent document complété

Nom :

Date de naissance :

Veillez compléter les informations ci-dessous, avec votre partenaire - fils/ fille - aidant proche - médecin généraliste -..., afin que nous puissions nous faire une idée précise de votre situation.

Le rendez-vous a été pris à la demande

- du/de la patient(e)
- d'un membre de la famille, à savoir :
- du médecin généraliste, à savoir :

Vous arrivez à l'hôpital de jour avec :

.....

Social : (cochez et complétez)

- État civil : isolé(e) marié(e) veuf/veuve divorcé(e)
- Réside : dans une maison dans un appartement dans un service-flat
- Réside : seul(e) avec un(e) partenaire chez ses enfants avec une personne à domicile
- Enfants : non oui **si oui** → nombre : fils, filles
- Soins infirmiers à domicile : non oui **si oui** → x/jour ou x/semaine
assistance offerte :
 toilette pansement administration d'insuline préparation de médicaments
 soins des plaies autre :
- Aide familiale : non oui **si oui** → x/semaine
- Aide-ménagère : non oui **si oui** → x/semaine
- Kinésithérapie : non oui **si oui** → x/semaine
- Aidant proche : qui ?
qui est responsable de
- Prise de médicaments : les prépare et les prend lui/elle-même
 les médicaments sont préparés par :

- Questions financières/administratives : par qui ?
- Profession exercée auparavant :
- Loisirs/centres d'intérêt :
- Conduite : non oui
- Vélo : non oui
- Tabagisme : jamais auparavant fumeur : nombre de cigarettes/jour :
- Consommation d'alcool : jamais seulement lors d'occasions (spéciales)
 quotidienne : nombre par jour, quelle boisson ?

Raison du renvoi ; difficultés perçues : (cocher, compléter par des exemples si nécessaire)

- Oubli, par exemple :
- Problèmes de sommeil :
- Hallucinations :
- Changements de caractère :
- Sentiments dépressifs :
- Sautes d'humeur :
- Problèmes d'élocution :
- Difficultés à se déplacer/marcher :
- Difficultés à s'orienter ; se perd en marchant/conduisant :
- Situations dangereuses dues à des problèmes de mémoire :

À l'att. du médecin généraliste :

Merci d'indiquer les antécédents généraux, la liste des médicaments récents, les allergies connues, vos commentaires éventuels...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Veillez apporter ce document avec vous lors du rendez-vous ou l'envoyer au préalable à l'adresse GDZH@yperman.net