

Demande d'une première évaluation en  
**HOPITAL DE JOUR – COGNITION MOTRICITE**

☎: 01 40 05 43 53

✉: [consultation.geriatrie.lrb@aphp.fr](mailto:consultation.geriatrie.lrb@aphp.fr)



**Médecin prescripteur (Sénior) :**

☐ Consultation : .....

☐ Service hospitalier : .....

**Date de demande :**

**Urgent :** oui ☐ non ☐

**Période souhaitée :**

NOM Prénom DDN  
IPP

☐ Dossier sur ORBIS (sinon apporter les comptes rendus)

**Coordonnées de la personne à contacter :**

..... Téléphone :

**Pour l'HdJ viendra ?** ☐ Seul ☐ Accompagné de ..... Téléphone :

Coordonnées du médecin traitant : .....

**MOTIF DE LA DEMANDE (détailler)**

- ☐ Bilan cognitif
- ☐ Bilan de troubles de la marche / sarcopénie
- ☐ Thérapeutique
- ☐ Autre : .....

**Question posée ?**

**HDJ thérapeutique**

- ☐ Perfusion bisphosphonate (ACLASTA)
- ☐ Perfusion fer (FERINJECT)
- ☐ autre : .....

(NE RIEN INSCRIRE DANS CE CADRE)

☐ Demande validée ☐ Demande non validée : patient à orienter  
vers.....

Date : Dr .....