



**PARTIE RESERVEE AU PRATICIEN**

**Poids :**

**Taille :**

**IMC :**

**ANTECEDENTS (A noter obligatoirement)**

-  
-  
-

Si facteurs de risques, bilan cardio-vasculaire fait :  non  oui, date :

*(Joindre le compte rendu)*

**Joindre les comptes rendus des consultations des médecins spécialistes ou d'examens.**

**Joindre les résultats d'un bilan sanguin récent.**

**TRAITEMENTS HABITUELS (Joindre l'ordonnance)**

-  
-  
-

**HISTOIRE DE LA MALADIE :**

**SUR LE PLAN COGNITIF (précisez si particularités) :**

**SUR LE PLAN PHYSIQUE (précisez si particularités) :**

**AIDES A DOMICILE (précisez) :**

**PARTICULARITES ET/OU ALLERGIES :**

Fait le :

Cachet et signature :

La demande peut être faite par courrier ou par fax (03 81 38 83 99).

Pour des renseignements complémentaires, vous pouvez vous adresser auprès de l'infirmière coordinatrice de l'HDJ au **03 81 38 83 40**.