

## Ordonnance pour une entrée en RGA depuis le domicile

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	
Sexe : H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Adresse :	
Téléphone :	

**Motif de la demande :**

**Syndromes gériatriques :**

- Troubles neurocognitifs
- Chute - Vertiges - Immobilité
- Incontinence urinaire
- Malnutrition sarcopénie
- Dépression - Troubles anxieux
- Handicap visuel - auditif
- Syndrome douloureux chronique
- Iatrogénie > 5 médicaments
- Problème psychosocial

**Projet à la sortie :**

- Domicile
- Autre  à préciser :

Date :

Signature médecin :