

**Fiche de renseignements en vue d'un bilan de pré admission
à l'Hôpital de jour SSR prévention des chutes**

NOM :

Prénom :

Date de Naissance :

Adresse :

Téléphone :

Personne à prévenir :

Médecin traitant :

Antécédent de chutes : Oui Non

Aide technique à la marche : Oui Non

Si oui laquelle ? :

Troubles cognitifs : Oui Non

Date de la demande Médecin Demandeur (Tampon) :

Date de consultation en HDJ :