



**Equipe Spécialisée Alzheimer**  
Service de Soins Infirmiers à Domicile

## BILAN GERONTOLOGIQUE

DATE
------

<b>NOM – PRENOM DU PATIENT :</b>
<b>DATE DE NAISSANCE :</b>

Ce document est destiné à l'Equipe Spécialisée Alzheimer qui intervient au domicile. Ces renseignements constituent pour la plupart des indicateurs demandés par la DGAS. A remplir par le médecin traitant ou le médecin spécialiste.

### DIAGNOSTIC

**Pathologie(s)  
diagnostiquée(s) :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maladie d'Alzheimer     | <input type="checkbox"/> Démence mixte                          |
| <input type="checkbox"/> Démence vasculaire      | <input type="checkbox"/> Démence fronto-temporale               |
| <input type="checkbox"/> Démence à corps de Lewy | <input type="checkbox"/> Atrophie du lobe temporal à expression |

Date diagnostic : ...../...../.....

<b>Score au MMSE :</b>	/30
------------------------	-----

**Score à la grille AGGIR :** (entourer la mention utile)    GIR 1    GIR 2    GIR 3    GIR 4    GIR 5    GIR 6

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### TRAITEMENT

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### AUTRES AFFECTIONS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### COORDONNEES

<b>MEDECIN TRAITANT</b>
-------------------------

<b>MEDECIN SPECIALISTE</b> (Médecin ayant posé le diagnostic)
--