

Date   
 Participant   
 Centre   
 Project AGE3 (19.07.2016 - 17:35:17 (CEST))

Patient   
 Visit   
 Form family Screening  
 Form Screening

Screening

(19.07.2016 - 17:35:17 (CEST))

Date de la visite de screening  dd.mm.yyyy

Date de naissance du patient  dd.mm.yyyy

Sexe ☐ Masculin ☐ Féminin

Critères d'inclusion

Votre patient-e est âgé-e d'au moins 75 ans ☐ Oui ☐ Non

Vous êtes son médecin de famille de référence ☐ Oui ☐ Non

Il/elle comprend le français ☐ Oui ☐ Non

Il/elle vit à domicile ☐ Oui ☐ Non

Il/elle est venu à au moins 2 consultations chez vous au cours de l'année écoulée ☐ Oui ☐ Non

Il/elle a signé le formulaire de consentement (ou a donné son assentiment en présence d'un proche ayant signé le consentement) ☐ Oui ☐ Non ☐ Étude pas proposée ☐ Veut réfléchir

Critères d'exclusion

Il/elle a eu une évaluation gériatrique<sup>(1)</sup> spécialisée au cours des 3 derniers mois ☐ Oui ☐ Non

(1) Y compris dans le cadre d'un séjour de réadaptation; y compris un bilan mémoire effectué dans une consultation spécialisée (type "centre mémoire Leenards")

Il/elle prévoit de quitter la région ou de changer de médecin traitant dans les deux prochaines années ☐ Oui ☐ Non

Inclusion du/de la patient-e ☐ Oui ☐ Non

Si non inclus alors que tous les critères sont remplis, motif