

Date   
 Participant   
 Centre   
 Project **AGE3 (04.05.2016 - 16:17:18 (CEST))**

Patient   
 Visit   
 Form family **Visite**  
 Form **Visite**

**Visite**

(04.05.2016 - 16:17:18 (CEST))

**Date de la consultation**

dd.mm.yyyy

**Depuis la dernière consultation du**

dd.mm.yyyy

**Le/la patient-e a-t-il/elle été hospitalisé-e ?**

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

**La vie du / de la patient-e a-t-il/elle été mise en danger ?**

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

**Y a-t-il eu une manifestation ayant provoqué un handicap ou une incapacité persistante ou importante ?**

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

**Le/la patient-e a-t-il/elle fait un/des court-s séjour-s en institution autre qu'en hôpital de soins aigus (réhabilitation, réadaptation, court séjour EMS) ?**

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

**Y-a-t-il eu une modification dans le traitement médicamenteux ?**

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas