

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