



Compte Rendu d'évaluation Onco-gériatrique

Evaluation onco-gériatrique

Date de l'EOG : ___ / ___ / ___

Nom du gériatre :

Nom de l'IDE :

Nom de l'assistante sociale :

Nom de la diététicienne :

Autre professionnel :

Identité du patient

Nom :

Prénom :

DDN : ___ / ___ / ___

Si le patient est extérieur à l'établissement

Adresse :

Tél :

Nom et tél du MT :

Adresse du MT :

Score G8 : ___/14

Question posée par le demandeur :

Conclusions

Vigoureux Fragile En limitation de traitement

Avis par rapport à la question posée :

Fragilités identifiées :

Proposition de plan de soins :

Médecin généraliste contacté : Non Oui par le gériatre Oui par le oncologue

Son avis :

Souhait du patient :

Détail de l'évaluation onco-gériatrique

Comorbidité :

Risques médicamenteux :

Nutrition : IMC : _____ MNA : ____/30

Appréciation de l'état nutritionnel : <17 : mauvais état nutritionnel [17-23.5] : risque de malnutrition

Chutes :

Performance physiques :

Lever 5 fois de chaise sans s'aider de ses mains : Oui Non

Timed-get-up-and-go > 20s (pathologique) : Oui Non

Autonomie :

ADL : ____/6 IADL : ____/8

Cognition :

Mental Scale Examination) : _____/30pts Bref : _____/18 pts

Thymie :

Syndrome dépressif : Oui Non

Syndrome anxieux : Oui Non

Douleur :

Fonction sensorielle :

Aspects sociaux :

Environnement :

Biologie anormale :

Examen clinique :

Expression du patient :