

DOSSIER DE PRE ADMISSION HOSPITALISATION

De jour Complète

DATE DE LA DEMANDE	SERVICE DEMANDEUR	ETABLISSEMENT DEMANDEUR
DATE D'ENTREE SOUHAITEE	NOM DU MEDECIN	
SOUHAIT D'UNE CHAMBRE SEULE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	TEL :	FAX :

IDENTIFICATION DU PATIENT *Joindre une fiche administrative*

Nom : Prénoms :
 Adresse :
 Tél :
 Date de naissance :/...../..... Sexe : M F
 Régime de protection sociale :
 N° d'immatriculation : Médecin traitant :
 Mutuelle :

Liste des documents administratifs à fournir

- Carte d'identité
- Justificatif d'adresse
- Carte vitale
- Livret de famille
- Carte mutuelle
- Ordonnance à jour

PERSONNE A PREVENIR

Nom : Prénoms :
 Lien :
 Adresse :
 Tél :
 Email :
 Informée du transfert : OUI NON

DOSSIER MEDICAL

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

DATE DE L'INTERVENTION :/...../.....

ANTECEDENTS :

- -

- -

ALLERGIES :

TRAITEMENTS EN COURS

TRAITEMENT ORAL	POSOLOGIE	DATE D'ARRET PREVUE



