

Coordonnées du patient

Nom Adresse

Prénom CP-Ville

Date de naissance Téléphone

Informations médicales

Patient déjà pris en charge dans notre établissement ? non oui, année :

Provenance domicile établissement de soins autres

Motif d'hospitalisation / histoire de la maladie / antécédents psychiatriques

Comportement / conduites à risques ? non oui :

Antécédents médico-chirurgicaux :

Allergies

Autonomie / caractéristiques physiques poids : kg taille : cm autres :

- difficulté à monter les escaliers non oui :
- appareillages (cannes, déambulateur, fauteuil roulant, etc.) non oui :
- antécédents (prothèses, maladies chroniques, douleurs, etc.) non oui :
- besoin d'aide à la toilette non oui :
- apnée du sommeil / V.N.I. non oui :
- oxygène non oui :
- incontinence non oui :
- sondes non oui :
- autres (cécité, surdité, etc.) non oui :

Traitements en cours (ou joindre la copie de la dernière ordonnance de chaque spécialité)

Si examens complémentaires : joindre ECG, BS, CR médecin spécialiste, imagerie, ...

Coordonnées du médecin (ou cachet professionnel)

Nom

Prénom

Ville d'exercice

Téléphone

Date

Réponse de la clinique oui non
réserves :

Le par