

Département 37:

Tél. : 02 47 70 42 72

Fax : 02 47 70 42 49

admission37@assad-had.org

Département 45 :

Tél. : 02 45 40 04 79

Fax : 02 45 40 03 79

admission45@assad-had.org

Département 28 :

Tél. : 02 45 40 04 71

Fax : 02 45 40 03 79

admission28@assad-had.org

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Médecin prescripteur :

Médecin traitant : Nom : Tél. :

Médecin hospitalier : Nom : Tél. :

o Etablissement :

o Service :

o Date d'hospitalisation dans le service :

Médecin traitant informé : Oui Non

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE PATIENT ET SA FAMILLE

Patient / Famille informé : Oui Non

Nom et prénom(s) du patient : Date de naissance : / /

Adresse : Téléphone :

Code Postal : Ville : Tél. portable :

Nom de la personne référente : Téléphone :

MOTIF DE LA DEMANDE

Diagnostic principal :

Résumé de l'histoire de la maladie :

Antécédents :

Projet thérapeutique visé :

Projet de soins :

Traitement médicamenteux (joindre une copie de l'ordonnance du traitement médicamenteux en cours)

Compte rendu de séjour disponible :

Suivi social : Oui Assuré par : Non A envisager

Suivi psychologique : Oui Assuré par : Non A envisager

Date de la demande :	Nom et signature du prescripteur :