

Département 37 :

Tel. : 02 47 70 42 72
Fax : 02 47 70 42 49
admission37@assad-had.org

Département 45 :

Tel. : 02 45 40 04 79
Fax : 02 45 40 03 79
admission45@assad-had.org

Département 28 :

Tel. : 02 45 40 04 71
Fax : 02 45 40 03 79
admission28@assad-had.org

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MEDECIN PRESCRIPTEUR

Médecin prescripteur :

- Médecin traitant : Nom : Tél. :
- Médecin hospitalier : Nom : Tél. :
- Etablissement :
 - Service :
 - Date d'hospitalisation dans le service :

Médecin traitant informé : Oui Non

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Patient / Famille informé : Oui Non

Nom : Date de naissance :

Prénom : Tél. :

Adresse : Tél. portable :

..... Code Postal : Ville :

Nom de la personne référente : Tél. :

MOTIF DE LA DEMANDE

Diagnostic principal :

Résumé de l'histoire de la maladie :

Antécédents :

Projet thérapeutique visé :

Projet de soins :

Traitement médicamenteux en cours : Oui (joindre ordonnance) Non

Compte-rendu du 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 :
<input type="text"/>	<input type="text"/>