

DEMANDE D'ADMISSION

HOSPITALISATION

- ☐ Médecine
☐ Chirurgie
☐ Obstétrique

AMBULATOIRE

- ☐ Lit
☐ Fauteuil
☐ Externe

URGENCE ☐

François 1^{er}

Fax : 02 35 55 68 55

Date de la demande :

☐ Ancien dossier d'hospitalisation

NOM DU PATIENT :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Sexe : Age :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Mobile :

MÉDECIN TRAITANT :

PRATICIEN :

Date d'entrée :

Heure d'entrée :

Date d'intervention :

Date de sortie :

ANESTHESIE PREVUE : ☐ NON ☐ OUI

Informations données au patient : ☐ NON ☐ OUI Consentement éclairé : ☐ NON ☐ OUI

Patient avec risque de portage d'ATNC : ☐ NON ☐ OUI

SUITE DE SEJOUR A PRÉVOIR : ☐ Rééducation ☐ Convalescence ☐ HAD

Lieu :

TYPE D'INTERVENTION :

☐ Aseptique ☐ Septique

Matériel à prévoir :

☐ Radio per-op ☐ Ampli ☐ Colonne coelio ☐ Extempo

ALLERGIES :

OBSERVATION :

AUTORISATION D'OPÉRER

Je soussigné

Je soussigné *

déclare autoriser le praticien à pratiquer tous soins ou toutes interventions chirurgicales qui seraient nécessités par mon état ou par l'état de mon enfant,

J'accepte le dépistage du HIV et des hépatites, en cas d'accident d'exposition au sang d'un soignant ou en cas de nécessité de transfusion sanguine.

A :

Le,

Signature(s)

* pour les enfants l'autorisation des 2 parents est obligatoire (vérifier l'identité des parents)

DEMANDE D'ADMISSION

HOSPITALISATION

- ☐ Médecine
☐ Chirurgie
☐ Obstétrique

AMBULATOIRE

- ☐ Lit
☐ Fauteuil
☐ Externe

URGENCE ☐

François 1^{er}

Fax : 02 35 55 68 55

Date de la demande :

☐ Ancien dossier d'hospitalisation

NOM DU PATIENT :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Sexe : Age :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Mobile :

MÉDECIN TRAITANT :

PRATICIEN :

Date d'entrée :

Heure d'entrée :

Date d'intervention :

Date de sortie :

ANESTHESIE PREVUE : ☐ NON ☐ OUI

Informations données au patient : ☐ NON ☐ OUI Consentement éclairé : ☐ NON ☐ OUI

Patient avec risque de portage d'ATNC : ☐ NON ☐ OUI

SUITE DE SEJOUR A PRÉVOIR : ☐ Rééducation ☐ Convalescence ☐ HAD

Lieu :

TYPE D'INTERVENTION :

☐ Aseptique ☐ Septique

ASSURÉ SOCIAL

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Lieux de naissance :

Adresse :

Nombre de personnes à charge :

Situation juridique particulière (tutelle) :

Personne à prévenir :

Téléphone :

EMPLOYEUR

AT : ☐ NON ☐ OUI

Date de l'AT : (photocopie de la feuille)

N° de S.S. :
(photocopie Recto/Verso de la carte)

Nom et adresse de l'organisme de S.S. :

Nom et adresse MUTUELLE et COMPLEMENTAIRE :

A PREVOIR POUR L'HOSPITALISATION :

Signature :

- ☐ Chambre particulière ☐ Lit accompagnant
☐ Chambre d'isolement ☐ Téléphone
☐ Chambre à 2 lits ☐ Télévision

Guide patient remis ☐ NON ☐ OUI N° Dossier administratif