

Mail : hdj@clinicadour.fr

Tel : 05.59.80.85.91

Horaires du secrétariat HDJ :

9H-12H30/13H30-17H00

**FORMULAIRE DE DEMANDE
D'HOSPITALISATION DE JOUR**

PATIENT :

Nom.....

Date de naissance/...../.....

Prénom

Sexe F M

Adresse

Téléphone

Documents à fournir : copie recto/verso de la pièce d'identité en cours de validité du patient, copie de la carte vitale et de la complémentaire santé

MEDECIN DEMANDEUR

Date de la demande :

Adresse

Mail professionnel

Tampon + signature

Téléphone

MOTIF DE LA DEMANDE

En cas de demande urgente, contacter directement le Dr Ménard Bourguinat au 05.59.80.85.90.



- SOINS TECHNIQUES (perfusions diverses, transfusion sanguine, ponctions diverses...)
- MOTIF CARDIO-VASCULAIRE (anémie, HTA, insuffisance cardiaque...)
- MOTIF PNEUMO (insuffisant respiratoire, BPCO, asthme...)
- MOTIF GASTRO-ENTEROLOGIQUE (MICI, saignée...)
- MOTIF RHUMATO (ostéoporose, ...) / DOULEUR (chronique, post-opératoire, fibromyalgie...)
- MOTIF GERIATRIQUE (chute, bilan mémoire...)
- PATIENT DIABETIQUE (diagnostic, traitement, suivi, complications...)

ANTECEDENTS

ATCD/BMR/ALLERGIES.....
.....
.....
.....

HISTOIRE DE LA MALADIE

.....
.....
.....

TRAITEMENT ACTUEL (JOINDRE LA DERNIERE ORDONNANCE)

NB : le patient devra apporter ses traitements habituels

INFORMATIONS NECESSAIRES AU SEJOUR HDJ pour accueil personnalisé

Préciser.....

Si aide nécessaire/manque d'autonomie, prendre contact au 05.59.80.85.91.

AVIS MEDECIN COORDONNATEUR :

VALIDATION

OUI

NON

Si oui, hospitalisation le..... àheures

Veillez informer le patient du jour et de l'horaire de l'hospitalisation (lui préciser de se rendre directement au 3^{ème} étage de l'établissement) et organiser le transport aller-retour du patient svp.

.....
.....

Tampon + signature