

Service régulation : 01.43.94.83.11

fax : 01.43.94.80.71

Docteur * :

Date de consultation :

IDENTIFICATION

Nom usuel *

Adresse *

Nom de naissance*

Prénom *

Sexe * Masc. Fem.

Date de naissance *

Téléphone *

Médecin traitant :

Hôpital de provenance :

TYPE DE PRISE EN CHARGE

- Hospitalisation
 Ambulatoire circuit court
 Ambulatoire circuit long
 Externe

- Médecine
 Chirurgie
 Obstétrique
 Gynécologie

Date d'hospitalisation *

Heure d'entrée :

MOTIF D'HOSPITALISATION / INTERVENTION

Motif *

Coté * : Droit
 Gauche
 Bilatérale

Date * :

Heure :

Date de sortie :

Secteur : Aseptique Septique

Creutzfeldt Jacob : A risque

AUTRES INFORMATIONS

Biologie

- Bilan pré opératoire standard :
Groupe/Rhésus/NFS/Plaquettes, Glycémie/Créatine, TP/TCK
 Autres :

Radiologie / Examens spécialisés

Divers

Allergie

Anticoagulant

Consignes particulières pour le service

Consignes particulières au bloc

Signature praticien :