|  |  |
| --- | --- |
| Date de la demande d’hospitalisation |  |

**Coordonnées du patient**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom de naissance : |  | Nom d’usage  *(épouse, veuve,…) :* |  |
|  |  |  |  |
| Prénom (s) : |  | Date de naissance : |  |

**Renseignements médicaux**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Examen somatique général** | | | | | |
| Refus du patient,  Etat psychiatrique et/ou somatique ne permettant pas ce repérage | | | | | |
|  | | | | | |
| **Antécédents** | | **Si oui : préciser :** | | Refus du patient | Etat psychiatrique et/ou somatique ne permettant pas ce repérage |
| Médicaux | Oui  Non | Risque cardio-vasculaire :  Risque cardio-métabolique :  Facteurs de risque thrombo-emboliques : | |  |  |
| Chirurgicaux | Oui  Non |  | |  |  |
| Statut sérologique (Hépatites et HIV) | Oui  Non |  | |  |  |
| Antécédents transfusionnels | Oui  Non | Date : | |  |  |
| Allergies | Oui  Non | Allergie médicamenteuse : | Allergie autre : |  |  |
| Hospitalisation(s) précédente(s) somatique**(s)** | Oui  Non | * Lieu : * Durée : * Dates : | |  |  |

**Joindre les comptes rendus datant de moins de 3 mois :**

**des différents examens médicaux (bilans biologiques et radiologiques)**

**des hospitalisations.**

Fait le :       A :      Signature du médecin :