|  |  |
| --- | --- |
| 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 :