Centre Hospitalier Comminges Pyrénées / HÔPITAUX DE LUCHON	Formulaire de traçabilité (Word) **DEMANDE DE PROGRAMMATION HJ MEDECINE**		**MED-FORM-002** Version 1 Date d'application :
Établissement.s : ☒ CHCP ☒ HDL	Rédaction : BIGOT Nathalie	Validation : Dubarry Fanny (-) PORTET Patrick (-)	Approbation : NUCCIO Fanny (-)

Secrétariat HDJ : ☎ 05.62.00.43.20 – fax : 05.62.00.43.21 / mail: **secretariat.medecine-hdj@ch-saintgaudens.fr**

Personne à prévenir pour le RDV :
Nom :
Lien de Parenté :
Tél :
Nom du Médecin traitant :
Tél :
E-mail :
Nom du médecin prescripteur :
Tél :

Information patient
Nom :
Nom de NAISSANCE :
Prénom :
Date de naissance :
Tél :
Adresse :

DONNEES SOCIALES

Lieu de vie : ❑ Domicile ❑ Structure……
Si domicile : ❑ Vit seul(e) ❑ En famille
Le patient est-il sous tutelle : ❑ Oui ❑ Non
Si oui, nom et coordonnées du tuteur : ……

❑ Organisme d'aide au domicile : ……. …… tél : ……
❑ Cabinet infirmier libéral : …… tél : ……

DONNEES MEDICALES

Antécédents (joindre l'ordonnance des traitements) :
……
……
……
……
……
Poids :…… Taille :…… Perte de poids récente :…… Créatinine :……
……

Motif général de la demande :
❑ Bilan de médecine interne
❑ Evaluation et prise en charge de la douleur chronique
❑ Transfusion
❑ Administration d'un traitement de courte durée
Précisez : ……
……
……
……

EVALUATION ou AVIS SOUHAITE

Avis spécialisé : ……
❑ Examens complémentaires :
- Imagerie (préciser SPC ou APC)
- Biologie

❑ ……
❑ ……
❑ ……
❑ ……
❑ Autre : ……

MOTIF DE LA DEMANDE D'AVIS

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……