Centre Hospitalier Comminges Pyrénées / HÔPITAUX DE LUCHON	Formulaire de traçabilité (Word) **DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE D'HOSPITALISATION PROGRAMMEE (UHP)**		**UHP-FORM-003** Version 3 Date d'application : 21/11/2025
Établissement.s : ☒ CHCP ☒ HDL	Rédaction : Cavex Mickaël	Validation : Dubarry Fanny (21/11/2025)	Approbation : Rosenfeld Nathalie (21/11/2025) Skendraoui Ahcene (-)

A ADRESSER PAR MAIL : secretariat.uhp@ch-saintgaudens.fr

Médecin demandeur : ..... Date de la demande: .....

Service / spécialité : ..... Tél : .....

INFORMATIONS PATIENT (OU ETIQUETTE PATIENT)

Nom usuel : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Médecin traitant : ..... Tél : .....

Personne à prévenir : ..... Tél : .....

MOTIF DE LA DEMANDE

☐ Bilan de médecine interne ☐ Douleurs chroniques ☐ Rhumatologie

☐ Maladies métaboliques ☐ Transfusion ☐ Bilan endoscopique

☐ Traitement de courte durée ☐ Prise en charge de plaies chroniques

Score OMS Autonomie : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Informations complémentaires : .....

.....

DONNÉES MÉDICALES

Antécédents : .....

.....

Informations complémentaires : .....

.....

.....

EVALUATIONS OU AVIS SOUHAITÉS

☐ Avis spécialisé : ..... ☐ Examens complémentaires :

☐ Evaluation orthophonique (déglutition) ☐ Biologie : .....

☐ Evaluation diététique ☐ Evaluation locomotrice ☐ Imagerie : .....

☐ Evaluation sociale ☐ Autre : .....

DOCUMENTS A JOINDRE IMPERATIVEMENT À LA DEMANDE

☐ Courrier médical ☐ Compte-rendu du dernier bilan sanguin réalisé

☐ Ordonnance du traitement habituel