



**FICHE DE PRE ADMISSION
HOPITAL DE JOUR MEDICAL**

Médecin prescripteur :

Date demande :

Délai souhaité :

NOM : **Prénom :**

Adresse :

.....

Date de naissance.....

Téléphone personnel :

PERSONNE A PREVENIR

Nom :

Prénom :

Qualité : Aidant principal : précisez : Tuteur :

Téléphone : Mobile : Fixe :

MEDECIN TRAITANT : **PREVENU :** Oui Non

MOTIF DE LA DEMANDE :

INTERVENANTS :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Assistante sociale | <input type="checkbox"/> Diététicienne |
| <input type="checkbox"/> EMDSP | <input type="checkbox"/> EMG |
| <input type="checkbox"/> Autre: | |

CONSULTATIONS SPECIALISTES :

- Pneumologue
- Cardiologue
- Gastroentérologue
- Neurologue
- Chirurgien / spécialité :
- Angiologue :
- Gériatre :
- Ophtalmologue :
- Diabétologue :
- Autre :

EXAMENS :

- Bilan standardisé
- Précisez si compléments :**
- TDM : APC SPC
- Echographie :
- Radiographie :

Autres :

DATE PROGRAMMATION HDJ :

MODE DE TRANSPORT : personnel VSL/Taxi Ambulance