

Volet médical

Si patient(e) hospitalisé(e), date d'hospitalisation :

Pathologie principale :

*Et/ou joindre **CRH** même provisoire*

ATCD pertinents :

Situation clinique au jour de la demande :

Traitement en cours

*Et/ou joindre **ordonnance***

Statut infectieux :

Oui

Non

Isolement :

Oui

Non

Patient relevant d'une prise en charge en soins
palliatifs :

Oui

Non

Séjour en rapport avec ALD :

Oui

Non

Si oui,

Pronostic médical connu du patient : Oui Non

Pronostic médical connu de l'entourage : Oui Non

Soins spécifiques :

Si patient(e) hospitalisé(e), date d'hospitalisation :

SAD : Oui

Non

O2 : Oui

Non

GEP : Oui

Non

Si oui :

l/min

PICC LINE : Oui

Non

TPN : Oui

Non

PAC : Oui

Non

Kiné : Oui

Non

VVP : Oui

Non

Autres :

