

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 :

