

Demande d'Hospitalisation en Hôpital de Jour

(à faxer au 01 74 81 03 81 ou par mail ideliaison.pso@lna-sante.com)

DATE DE LA DEMANDE :

Identité du patient

Nom, Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de Naissance : ____/____/____

Adresse :

Téléphone :

☐ **Prise en charge fonctionnelle :**

☐ **Prise en charge cognitive (MMSE $\geq$ 15/30) :**

Médecin traitant (Nom , téléphone, adresse)

Médecin demandeur (Nom , téléphone, adresse)

Motif de prise en charge:

.....
.....

Antécédents du patient :

.....
.....

Dernier bilan biologique, radiologique et CRH (à joindre à cette demande):

.....
.....

Autonomie ☐ Autonome

☐ Dépendance partielle

Incontinence ☐ Oui

☐ Non

Personne accompagnante ☐ Oui

☐ Non

Transport :

☐ Ambulance

☐ VSL

☐ Autre