Expéditeur (timbre)

DOCUMENT MEDICAL DE TRANSMISSION
Confidentiel

Envoyé à :

Destinataires

1.

2.

3.

Accord du patient pour la transmission de ces informations aux médecins et au personnel paramédical concernés.

☐ oui ☐ non

Concerne patient(e)

Nom, Prénom : Résidant à : Né(e) le :

☐ A consulté en urgence le ☐ A séjourné du au

Démarches
☐ Demande d'admission ☐ Hôpital de
☐ Avis de transfert ☐ EMS de ☐ Long séjour ☐ Court séjour
☐ CTR de ☐ Autre
☐ Annonce de retour à domicile Date :

Diagnostic - problème principal / Examens effectués / Traitements prescrits

Autres affections, autres problèmes / Traitements habituels

Médico-social
☐ Doc. méd.-soc. joint

Personne de référence (identité / tél.) :
Arrêt de travail : % du au

☐ Labo annexé ☐ ECG annexé Autres annexes : ☐ Lettre suit

Nom du médecin / Signature : ***Bip :*** ***Date :***

Au titre de : ☐ Médecin ttt
☐ Médecin de garde