

**Département 37 :**

Tel. : 02 47 70 42 72

Fax : 02 47 70 42 49

admission37@humensia.org

Département 45 :

Tel. : 02 45 40 04 79

Fax : 02 45 40 03 79

admission45@humensia.org

Département 28 :

Tel. : 02 45 40 04 71

Fax : 02 45 40 03 79

admission28@humensia.org

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MEDECIN PRESCRIPTEUR

Médecin prescripteur : Médecin traitant : Nom : Tél. : Médecin hospitalier : Nom : Tél. :

• Etablissement :

• Service :

• Date d'hospitalisation dans le service :

Médecin traitant informé : Oui Non

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Patient / Famille informé : Oui Non

Nom : Date de naissance :

Prénom : Tél. :

Adresse : Tél. portable :

..... Code Postal : Ville :

Nom de la personne référente : Tél. :

MOTIF DE LA DEMANDE

Diagnostic principal : Résumé de l'histoire de la maladie : Antécédents : Projet thérapeutique visé : Projet de soins : Traitement médicamenteux en cours : Oui (joindre une copie) Non**Compte-rendu du séjour disponible :**Suivi social : Oui Assuré par : Non A envisagerSuivi psychologique : Oui Assuré par : Non A envisager

Date de la demande :

Nom et signature du prescripteur :