

**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

**SDC Pathologiques liées à :**

Grossesse multiple, retard de croissance intra-utérine

Allaitement

Cicatrice de césarienne ou périnée

Pathologies maternelles (tension artérielle, anémie...)

Problème psycho-social

**Surveillance d'une grossesse à risque – au moins 3 passages par semaine**

Pathologie : .....

**Surveillance d'un nouveau-né à risque**

Pathologie : .....

Traitement médicamenteux en cours :  Oui (joindre une copie)  Non

**Compte-rendu du séjour disponible :**

Suivi social :  Oui Assuré par : .....  Non  A envisager

Suivi psychologique :  Oui Assuré par : .....  Non  A envisager

Date de la demande : Nom et signature du prescripteur :

--	--