

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

Personne de référence (identité / tél.) :

☐ Doc. méd.-soc. joint

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