

A remplir par le médecin traitant ou le médecin du service
(document confidentiel à joindre au dossier sous enveloppe ci-jointe)

NOM : **PRÉNOM** : **DN**

<p><u>ANTÉCÉDENTS</u></p> <p>a) Médicaux</p> <p>b) Chirurgicaux</p> <p>c) Psychiatriques</p> <p>d) Hospitalisations récentes</p>	
<p><u>EXAMEN CLINIQUE</u></p> <p>a) Appareil respiratoire</p> <p>b) Appareil cardio-vasculaire</p> <p>c) Appareil digestif</p> <p>d) Système nerveux</p> <p>e) Appareil sensoriel</p> <p>f) Appareil locomoteur</p> <p>g) Etat cutané</p> <p>h) Autre</p>	
<p><u>TRAITEMENT</u> (joindre une ordonnance)</p>	
<p><u>SOINS INFIRMIERS</u></p>	
<p><u>AUTRES</u></p>	

Fait à.....Le

Nom et signature du médecin – Cachet ou nom du service