

Date de la demande :

Délai de programmation :

Etablissement demandeur :

Médecin demandeur :

Tél, Mél :

Médecin traitant :

Tél, Mél :

## PATIENT

Nom d'usage : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Nom de la personne à prévenir : ..... Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

## FICHE MEDICALE

### Motifs de la demande

- 1/ .....
- 2/ .....
- 3/ .....

## SOINS A PREVOIR

### Biologie

- |   |   |   |                              |  |                              |
|---|---|---|------------------------------|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bilan standard 1ère fois | <input type="checkbox"/> Bilan standard suivi | <input type="checkbox"/> Hba1C                        | <input type="checkbox"/> TSH | <input type="checkbox"/> Bilan d'hémostase | <input type="checkbox"/> INR |
| - Ionogramme sanguin, albuminémie                 | - Ionogramme sanguin                          | <input type="checkbox"/> Electrophorèse des protéines |                              |  |                              |
| - NFS, Plaquettes                                 | - NFS, Plaquettes                             | <input type="checkbox"/> Dosage médicamenteux : ..... |                              |  |                              |
| - Bilan hépatique                                 | - Bilan hépatique                             | .....   |                              |  |                              |
| - CRP   | - CRP   | <input type="checkbox"/> Autre : .....                |                              |  |                              |
| - B12, Folates globulaires, TSH                   |   | .....   |                              |  |                              |
| - Calcémie corrigée                               |   | <input type="checkbox"/> Ponction lombaire : .....    |                              |  |                              |

### Bilan pluridisciplinaire

- |   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Assistante sociale | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Neurologue       | <input type="checkbox"/> Orthophoniste | <input type="checkbox"/> Psychologue   |
| <input type="checkbox"/> Diététicienne      | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute   | <input type="checkbox"/> Neuropsychologue | <input type="checkbox"/> Orthoptiste   | <input type="checkbox"/> Autre : ..... |

### Soins infirmiers

- Pansement     Perfusion de biphosphonates     Test au Synacthène     Transfusion

### Autres

.....

.....

.....

.....

**Demande à adresser à :**  
**Clinique des Minimes**  
**100, Bd. Pierre et Marie Curie**  
**31200 TOULOUSE**

Tél : 05.82.08.41.00 – Mél : [accueil@clinique-minimes.fr](mailto:accueil@clinique-minimes.fr) - Fax : 05.82.08.41.03 - <http://www.clinique-minimes.fr/>

VALIDATION :     Oui     Non

### Encadré réservé au service

Date d'admission : ..... / ..... / .....

Médecin référent : .....