



CLINIQUE
DES MINIMES

FICHE

Demande d'admission en médecine

29/11/2021 – v03

Ref : FIC-PP-004

PAGE : 1/1

* PATIENT

Nom/Prénom :

Date de naissance :

Coordonnées du patient ou de la famille :

.....

.....

.....

* DEMANDEUR

Service/Médecin adresseur :

Numéro de téléphone :

Date de la demande
d'admission :

.....

Date d'admission :

.....

N° de chambre :

.....

* MOTIF D'HOSPITALISATION

HISTOIRE DE LA MALADIE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PCR COVID :

PRINCIPAUX ATCD :

.....

.....

.....

.....

TRAITEMENTS EN COURS :

.....

.....

.....

.....

MODE DE VIE/AUTONOMIE :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....