

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

- | | | | |
|--|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pansement | <input type="checkbox"/> Perfusion de biphosphonates | <input type="checkbox"/> Test au Synacthène | <input type="checkbox"/> Transfusion |
| <input type="checkbox"/> Surveillance des troubles du comportement | | <input type="checkbox"/> Risque de déambulation en-dehors du service | |

Autres

.....
.....
.....
.....

Demande à adresser à :
Clinique des Minimes – Hôpital de jour
100, boulevard Pierre et Marie Curie 31200 TOULOUSE
Tél : 05.82.08.41.25 - Mél : secretaire.medhdj@clinique-minimes.fr - Fax : 05.82.08.41.04
<http://www.clinique-minimes.fr/>

VALIDATION : Oui Non
Encadré réservé au service
Date d'admission : / /
Médecin référent :