



Demande d'admission pour polysomnographie

MOTIF : Polysomnographie

Médecin : Dr ARANDA Dr SOURDET Dr DELRIEU Dr GEMAR Dr MASQUERE

Autre médecin :

Numéro de téléphone du Médecin :

PATIENT

Nom d'usage : N° de Sécurité Sociale :

Nom de naissance : Organisme de mutuelle :

Prénom : N° de Mutuelle :

Adresse :

.....

.....

Date de naissance : / / Téléphone : / / / /

Mail :

Mode de transport : Personnel VSL Ambulance

Nom de la compagnie :

Nom de la personne de confiance : Téléphone :

Mail :

FICHE MEDICALE

Poids : Taille :

Traitement en cours

.....

.....

.....

.....

Oxygénothérapie : Oui Non

Examen en lien avec une ALD : Oui Non

Patient déjà appareillé par PPC : Oui > Penser à amener votre appareil Non

Autonomie / précautions à prendre complémentaires :

.....

.....

.....

Allergies médicamenteuses, alimentaires :

.....

.....

Texture alimentaire :

Régime alimentaire :



CLINIQUE
DES MINIMES

ENREGISTREMENT

Demande d'admission pour polysomnographie

28/02/2025 – v01

Ref : ENR-PP-016

PAGE : 2/2

Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Demande à adresser à :

Clinique des Minimes

100, Bd. Pierre et Marie Curie
31200 TOULOUSE

Tél : 05.82.08.40.77 – Mél : admissions@clinique-minimes.fr - Fax : 05.82.08.41.03

<http://www.clinique-minimes.fr>

Encadré réservé au service

Date de programmation : / /

Confirmation donnée au patient :