

PATIENT : (Joindre photocopie carte d'identité)

Nom :

Prénom(s) :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. domicile :

Tél. professionnel :

Né(e) le : à :

Sexe : Masculin Féminin

Profession :

Langue parlée :

MEDECIN TRAITANT :

Nom :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. :

HOSPITALISATION

Nature de l'intervention : Date opératoire :

Médecin soignant : Dr Anesthésiste : Dr

K OP : TP ou TP + DP Urgence : Oui Non

Entrée le à Service :

Sortie le Vers

Examens avant admission :

Chambre particulière : Oui Non Tarif : Procédure risque infectieux

Lit accompagnant : Oui Non Nombre de nuits :

Régime alimentaire particulier : Lequel :

PERSONNE A PREVENIR

Nom :

Prénom(s) :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. :

Lien de parenté :

ASSURANCE :**Sécurité Sociale** (Joindre photocopie attestation carte vitale)

Nom de l'assuré :

Prénom de l'assuré :

Date de naissance de l'assuré :

Mutuelle (Joindre la prise en charge)

Nom du bénéficiaire :

Prénom du bénéficiaire :

A.T. (accident du travail): OUI NON
(Joindre photocopie AT du patient et/ou photocopie volet 1 du certificat médical)

Date AT :

Art. 115 (anciens combattants) : OUI NON
(Préciser au patient d'apporter son carnet)

REPRESENTANT LEGAL

Patient sous : Tutelle Curatelle

Nom du représentant :

Prénom du représentant :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. :

MCJ

Signes évocateurs de MCJ ? Oui Non (Si oui, transmettre une copie de ce document à la responsable de bloc opératoire)

Si oui, quelle procédure d'inactivation utiliser en stérilisation ? Procédure I Procédure II

Date : **Signature du Médecin soignant :**