



FICHE DE LIAISON DU MEDECIN ADRESSEUR

A nous retourner avant l'hospitalisation

Coordonnées du Médecin adresseur

Docteur : _____ **Mail:** _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ **Fax:** _____

Référénts

Médecin traitant: _____

Médecin spécialiste (dans le cas d'un suivi particulier) : _____

Infirmier(e) libéral(e): _____

Identification du patient

NOM : _____ Nom de jeune fille : _____

PRENOM: _____ Date de naissance : _____

Motif d'admission :

Signes cliniques :

Pathologies psychiatriques en cours :

Pathologies somatiques en cours :

Devenir du patient à l'issue de son hospitalisation :

Traitement : Joindre les prescriptions

Autonomie

Comportement :

Agitation OUI NON

Risque de fugue OUI NON

Auto-agressivité OUI NON

Hétéro agressivité OUI NON

Mobilité réduite :

Lit médicalisé OUI NON

Fauteuil roulant OUI NON

Déambulateur OUI NON

Canne OUI NON

Etat sensoriel :

Malvoyant OUI NON

Malentendant OUI NON

Date:

SIGNATURE (+ tampon) :

Clinique MIRAMBEAU - 22 route de Maignon 64600 ANGLET Tel. 05.59.52.33.00 Fax. 05.59.52.98.61
Mail : clinique.mirambeau@wanadoo.fr