

DEMANDE DE PROGRAMMATION

Coordonnées du patient :

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone (obligatoire) : _____

Motif d'hospitalisation / perfusion à réaliser :

Délai souhaité :

Tampon médecin :

Avis spécialisés

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergologie | <input type="checkbox"/> Médecine interne / Infectiologie | <input type="checkbox"/> Addictologie |
| <input type="checkbox"/> Cardiologie | <input type="checkbox"/> Ophtalmologie | <input type="checkbox"/> Diététique |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie | <input type="checkbox"/> Oto-rhino-laryngologie | <input type="checkbox"/> Education thérapeutique |
| <input type="checkbox"/> Diabétologie / Endocrinologie | <input type="checkbox"/> Pneumologie | <input type="checkbox"/> Psychologue |
| <input type="checkbox"/> Gériatrie/ Cs mémoire | <input type="checkbox"/> Urologie | <input type="checkbox"/> Pansement |
| <input type="checkbox"/> Gynécologie | <input type="checkbox"/> Rhumatologie | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs |
| <input type="checkbox"/> Hématologie | <input type="checkbox"/> Stomatologie/Odontologie | |
| <input type="checkbox"/> Hépto-Gastroentérologie | | |

Examens paracliniques

Examens endoscopiques :

- Gastroskopie (± A.G.)
- Coloscopie (± A.G.)
- Endoscopie bronchique (Lavage broncho-alvéolaire)

Biopsies :

- Glandes salivaires Artère temporale
- Myélogramme Biopsie ostéo-médullaire

Examens morphologiques :

- Radiographies standards : région.....
- TDM : région
- IRM : région
- Echographie : région
- Echo-Doppler : région
- Explorations fonctionnelles respiratoires

Antécédents**Traitements en cours****Contexte social** ALD CMU AME Mutuelle Aides au domicile Autre :**Equipe soignante en ville** Pharmacien/Conciliation médicamenteuse IDE kinésithérapeutes Autre :