Expéditeur (timbre)

DOCUMENT MEDICAL DE TRANSMISSION
Confidentiel

Envoyé à :

Destinataires

1. Méd. ttt _____
2. _____
3. _____

Concerne patient(e)

Nom, prénom : résidant à : né(e) le :

☐ A consulté en urgence le ☐ A séjourné du au

Démarche ☐ Demande d'admission ☐ hôpital de
☐ Avis de transfert ☐ EMS de ☐ long séjour ☐ court séjour
☐ CTR de ☐ Autre
☐ Annonce de retour à domicile Date :

Diagnostic – problème principal / Examens effectués / Traitements prescrits

Autres affections, autres problèmes / Traitements habituels

Médico-social Personne de référence (identité / tél.) :
☐ Doc. méd.-soc. joint Arrêt de travail : % du au :

☐ Labo annexé ☐ ECG annexé Autres annexes : ☐ Lettre suit

Nom du médecin / Signature : ***Bip :*** ***Date :*** au titre de : ☐ Médecin ttt
☐ Médecin de garde