



## FICHE DE LIAISON DU MEDECIN ADRESSEUR

### A nous retourner pour l'admission

#### Coordonnées du Médecin adresseur

<b>Docteur :</b>	<b>Adresse :</b>
<b>Mail :</b>	<b>Téléphone/fax :</b>

**Date de la demande :**

#### Identification du patient

<b>NOM :</b>	<b>Nom de jeune fille :</b>
<b>PRENOM:</b>	<b>Date de naissance :</b>

**Motif d'hospitalisation :**

#### Antécédents médicaux /chirurgicaux

#### Antécédents psychiatriques

#### Antécédents psychiatriques familiaux

**Diagnostic médical (à l'origine de la demande)**

#### Traitement actuel

**Date:** **SIGNATURE (+ tampon):**