|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATE :** |  |  | **IDENTITE PATIENT(E):** |
|  |  |  |  |
| **PROVENANCE DU PATIENT :** |  |  |
|  |  |  |
| **DESTINATION DU PATIENT :** |  |  |
|  |  |  |
| **MEDECIN ENVOYEUR :** |  |  |
| Nom :  |  |  |
| Téléphone :  |  | **ACCOMPAGNANT :** oui [ ]  non [ ]  |
|  |  | Lien avec patient(e) :  |
|  |  |  |
| **DIAGNOSTIC** |  | **COMORBIDITES PRINCIPALES** |
|  |  | 1 : 2 : 3 :  |
|  |  |  |
| **DISCIPLINE CONCERNEE :** - Médecine interne[ ]  - Chirurgie [ ]  - Autre  [ ]   |  | **MOTIF DU TRANSFERT :** - Hospitalisation\* [ ]  - Observation/Investigations [ ]  - Autre [ ]   |
|  |  |  |
| **CONTACT DÉJÀ PRIS AVEC :** |
|  |  |  |
| **TRAITEMENT(S) DEJA ENTREPRIS :** |  | **ELEMENT(S) À SURVEILLER :** |
| 1 : 2 : 3 : 4 : 5 :  |  | 1 : 2 : 3 : 4 : 5 :  |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTS ANNEXES, le cas échéant :** |
| **Laboratoire :** | Hématologie [ ]  | Chimie sang [ ]  | Hémostase [ ]  | Gazométrie [ ]  |
|  | Chimie Urines [ ]  | Autre :  |
| **Imagerie :** | Radiographie [ ]  | Echographie [ ]  | CT-Scan [ ]  | Autre :  |
| **Divers :** Feuille de transmission infirmière [ ]  ECG [ ]  Autre :   |

|  |
| --- |
| **NOTES :** |

\* : Pour les pathologies ci-après le bilan suivant est nécessaire :

 - Cholécystite : échographie, FSC, CRP, crase, tests hépatiques complets, lipase, urée, créatinine, Na, K

 - Diverticulite : CT abdo, FSC, CRP, crase, urée, créatinine, Na, K

 - Fracture du col fémoral : FSC, crase, urée, créatinine, Na, K