

Centre de Rééducation Fonctionnelle de Tréboul Douarnenez	Demande d'admission en Hôpital de jour Fiche médicale (n° 2)	Référence : EN OPC 318 Indice : a	Page : 1/2
---	---	---	------------

A compléter par le médecin :

Identité du patient (à compléter en majuscules)

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :

Nom de jeune fille :
 Sexe : masculin ☐ féminin ☐
 Tel :
 Email :

Médecin adresseur

.....
 Adresse :

 Tél :
 mail :

Médecin traitant :
 Adresse :

 Tél :
 mail :

Diagnostic motivant la prise en charge :

Date de prise en charge souhaitée :

Objectif(s) souhaité(s) :

- ☐ Antalgie ☐ Reprise d'autonomie ☐ Reprise de l'activité professionnelle
- ☐ Reprise de l'activité physique
- ☐ Autre, précisez :

Documents à joindre (impératif)

Courrier médical expliquant :

- la pathologie à prendre en charge
- les antécédents médicaux et chirurgicaux
- les allergies

Traitement en cours (joindre photocopie de l'ordonnance)

Compte-rendu des examens complémentaires en rapport avec la pathologie (radiographie, scanner, IRM, électromyogramme, avis spécialisés, compte-rendu d'hospitalisation...)

