



Demande de prise en charge à remplir par le Médecin

Je soussigné, Docteur en Médecine,
prescris l'admission à Santé-Service-Bayonne pour le malade désigné ci-dessous :

M

Adresse :

Assuré : N° d'immatriculation

DIAGNOSTIC AUSSI DÉTAILLÉ QUE POSSIBLE : (Antécédents - Terrain - Affections actuelles)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PROJET THÉRAPEUTIQUE :

• CLINIQUE

- Soins infirmiers : OUI NON
- Soins par Aide-Soignante : OUI NON
- Soins de Kinésithérapie : OUI NON
- Matériel à mettre en place : OUI NON

• ASPECTS PSYCHOLOGIQUES

- 1) Le malade est-il au courant de son diagnostic ? OUI NON
- 2) Le diagnostic a-t-il été verbalisé au malade ? OUI NON
- 3) Le pronostic a-t-il été abordé avec le malade ? OUI NON

• ASPECTS SOCIAUX

- Besoins d'aides supplémentaires : OUI NON

• CONTINUITÉ DES SOINS

- Si urgence, l'IDE téléphone au médecin traitant
- ou à défaut : Médecin de garde
- SOS Médecins
- Centre 15

CACHET DU PRATICIEN

DATE, SIGNATURE :

La signature du praticien implique son accord sur le mode de fonctionnement du service et lui laisse l'entière liberté de la prescription, dont l'application est déléguée à Santé-Service-Bayonne et Région