

NOM :

PRENOM :

Age :

Adresse (maxi 50 km du centre Maguelone)

Téléphone :

Date de la demande :

Date d'admission souhaitée :

Motif d'hospitalisation et date de chirurgie :

ATCD principaux :

Mode de vie :

- ☐ Seul
- ☐ Vit avec :
- ☐ Plein pied
- ☐ Etage :
- ☐

Degrés d'Autonomie : patient autonome pour les actes de la vie quotidienne

- ☐ Oui
- ☐ Non (précisez) :

Médecin traitant :

Coordonnées :