**Demande d’hospitalisation de semaine**

A adresser par mail : **equipe.medecinedesemaine@chnds.fr**

 Ou par fax : **05.40.16.35.18**

 **Téléphone Médecin du service :** **05.49.68.36.45**

**Date de la demande :** ………./………./……….

**Médecin traitant demandeur :**

Téléphone : ………./………./………./………./……….

**Nom/Prénom patient :**

Date de naissance : ………./………./……….

Téléphone : ………./………./………./………./……….

Coordonnées téléphoniques de la personne à prévenir :

**MOTIF :**

**Délai souhaité :** ❑< 2 semaines❑ 2 à 4 semaines

**Durée prévisible d’hospitalisation :**

**Besoins sociaux :** ❑ Oui ❑ Non

**Examens prévisibles :**

❑ IRM ❑ Scanner ❑ ETT ❑ Explorations digestives

❑ Autres :

**Avis prévisibles :**

**Antécédents du patient :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Traitement habituel :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |