

N° 

--	--	--	--	--	--	--

NOM : .....

Prénom : .....

Téléphone du patient : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Profession du patient : .....

Médecin traitant : .....

<b>Réservé au service des urgences</b>
--

- Date et heure de sortie prévue : .....
- Famille prévenue ☐
- Clés domicile ☐
- Mode de sortie :
  - Personnel ☐
  - Ambulance ☐ - Nom : .....
  - Taxi – VSL ☐
- Documents liés au passage au SU
  - Courrier médical ☐
  - Double examens biologiques ☐
  - Ordonnances ☐
- Consultations post urgences ☐
- Démarches que le patient doit mener avant sa sortie : récupérer
  - Dépôt à la trésorerie ☐
  - Documents personnels (imagerie, ordonnance, carte vitale) ☐
  - Effets personnels ☐
  - Médicament personnels ☐
- Bracelet d'identification ôté ☐