FICHE INDIVIDUELLE

NN :

Pr :

N.US :

Né le : 08/05/1947 à

Sexe : F Sit Fam : Marié(e)

Adresse :

Téléphone : [redacted] ortable : [redacted]

Médecin traitant :

Médecin adresseur :

Employeur :

Personnes à prévenir :

NIP *0130666124*

NDA *25060232944*

Age : 77 ans

Date entrée : 05/03/2025 à 14:30

UF entrée : 2330 - HL CHIR THO 2D HC

UF responsable : 2330 - HL CHIR THO 2D HC

Etablissement d'entrée : HOPITAL HAUT-LEVEQUE

Mode Transport :

VITÉ LIBÉRALE

RP ☐ oui

SORTIE

..... à .....

destination (si différente de l'adresse habituelle du malade)

PERSONNES A PRÉVENIR ☐ Nom : ..... Parenté : .....

ou

ENFANT A REMETTRE A ☐ Adresse : ..... Tél. : .....

EN CAS DE DÉPART EN AMBULANCE, je déclare :

☐ choisir le transporteur ci-dessous désigné :

.....

.....

☐ ne pas avoir de choix particulier à formuler.

Date et Signature

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné .....

AUTORISE d'opérer et d'anesthésier mon enfant .....

AUTORISE tout déplacement contribuant à la prise en charge .....

AUTORISE sa sortie de l'hôpital

Date .....

Qualité du signataire .....

Signature

Dépôt d'argent ou de valeurs OUI NON REFUS

Dépôt d'objets OUI NON REFUS

Dépôt de vêtements au vestiaire OUI NON

SÉJOURS

DATES	UF	SECTEUR	POSITION

SIGNATURE DU MÉDECIN

SORTIE SUR DEMANDE

Je soussigné, déclare sortir sur ma propre initiative et contre l'avis du médecin.

Date .....

Signature du malade

BBB00008 SM 50