Remplace le courrier d'adressage

FICHE DE LIAISON VILLE HOPITAL CHD

PATIENT Nom de naissance : Prénom : Nom marital : Date de Naissance : Age :	MEDECIN TRAITANT : PHARMACIEN D'OFFICINE : IDE DOMICILE :
Personne à prévenir : Tutelle :	**Date d'entrée :**
Motif d'hospitalisation :	
ATCD : **ALLERGIES :**	MEDECIN HOSPITALIER : SERVICE D'HOSPITALISATION: TELEPHONE :

VOLET MEDICAMENTEUX

Traitement avant hospitalisation		**Traitement avant hospitalisation**		**COMMENTAIRES** Surveillance / Biologie
Nom/dosage/forme	Posologie	Nom/dosage/forme	Posologie	