

Fiche Médicale de liaison  
Médecin Traitant – Hôpital de Jour Gériatrique

IDENTITE DU PATIENT			
Nom		Date de naissance:	
Prénom		<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin
Adresse		Téléphone	
		Portable	
		Personne à prévenir (Nom, prénom) / lien	
		Téléphone	
		Portable	

Médecin Traitant			
Nom, prénom		Téléphone	
Portable		Fax	
E-mail			
Adresse			

1 Motif du bilan

2 Traitement en cours

**3 Examens complémentaires ou consultations spécialisées récentes**

**4 Antécédents**

**5 Allergies**

Oui  Non      *A quoi?*

**6 Hospitalisations antérieures**

**7 Environnement**

ALD	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Pour:			
Date début		Date de fin	

Signature Médecin