

Médecin demandeur : .....  
Numéro du médecin : .....  
Motif d'admission : .....  
.....  
Date de la demande : .....  
Date souhaitée d'hospitalisation dans le service : .....

**Informations du patient**

Nom : ..... Nom de naissance : .....  
Prénom : ..... Date de naissance : .....  
Sexe :  Féminin  Masculin Poids : ..... Taille : .....  
Allergies : .....  
Antécédents : .....  
.....  
.....

Traitements en cours : *(joindre la copie de l'ordonnance)*

Mode de vie à domicile :  Seul(e)  Conjoint  Enfant(s)  
Sécurité sociale :  Oui  Non Mutuelle :  Oui  Non  
Aides à domicile en place / Entourage présent : .....  
.....  
Projet après hospitalisation :  Retour à domicile  Convalescence  EHPAD à titre payant  
(Description si besoin) .....  
.....

**Informations complémentaires**

Autonomie ou GIR : .....  
.....  
Etat neuro cognitif et comportement (avec description) :  
.....  
.....

**Cette demande est à envoyer par mail au secrétariat du service : [sec.medecine.oxford@sedna-sante.com](mailto:sec.medecine.oxford@sedna-sante.com)**