

**Recto :**

**Coordonnées de l'établissement :**

**Date :** .....

Destinataire : .....

Médecin traitant : .....

Autres correspondants : .....

.....

.....

.....

**Coordonnées du service :**

Mots-clefs :

**Concerne M., Mme, Melle :** .....

**Prénom :** .....

Date d'entrée : .....

Date de naissance : .....

Date de sortie : .....

(ou âge)

**Motif d'hospitalisation :** .....

Antécédents principaux :

-

-

-

Examen clinique et démarche diagnostique :

Evolution en cours d'hospitalisation :

**Médecin Hospitalier Responsable :**

Nom : .....

Tél. :

Fax :

E-mail :

Signature :

**Verso :**

- Traitement de sortie proposé :

- Synthèse / Commentaires / Conclusion :

- Suivi :  
(Rendez-vous d'examens et/ou de consultation)

- Mesures sociales et paramédicales :

- Demande d'ALD faite en cours d'hospitalisation ? :

OUI : Motif : .....

NON