

N°

Fiche d'admission

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Tél :

Adresse :

Personne à contacter

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Date d'admission : Heure d'admission :

Mode d'entrée : ☐ Domicile ☐ Évacuation
☐ Consultation
☐ Autres :

Mode d'admission : ☐ Accouchement VB ☐ Césarienne
☐ Hospitalisation
☐ Autres :

Catégorie d'admission : ☐ 1^{ère} catégorie ☐ 2^{ème} catégorie
☐ 3^{ème} catégorie

Prise en charge : ☐ Personnelle ☐ IPM
☐ Assurance

Médecin traitant :

Date de sortie : Heure de sortie :

Mode de sortie : ☐ Domicile
☐ Transfert
☐ Contre avis médical
☐ Autres :

Signature ☐ Caution encaissée :