

## DEMANDE DE PROGRAMMATION

### Coordonnées du patient :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone (obligatoire) : \_\_\_\_\_

### Motif d'hospitalisation / perfusion à réaliser :

### Délai souhaité :

Tampon médecin :

### Avis spécialisés

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergologie                  | <input type="checkbox"/> Médecine interne / Infectiologie | <input type="checkbox"/> Addictologie            |
| <input type="checkbox"/> Cardiologie                   | <input type="checkbox"/> Ophtalmologie                    | <input type="checkbox"/> Diététique              |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie                  | <input type="checkbox"/> Oto-rhino-laryngologie           | <input type="checkbox"/> Education thérapeutique |
| <input type="checkbox"/> Diabétologie / Endocrinologie | <input type="checkbox"/> Pneumologie                      | <input type="checkbox"/> Psychologue             |
| <input type="checkbox"/> Gériatrie/ Cs mémoire         | <input type="checkbox"/> Urologie                         | <input type="checkbox"/> Pansement               |
| <input type="checkbox"/> Gynécologie                   | <input type="checkbox"/> Rhumatologie                     | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs        |
| <input type="checkbox"/> Hématologie                   | <input type="checkbox"/> Stomatologie/Odontologie         |  |
| <input type="checkbox"/> Hépto-Gastroentérologie       |   |  |

### Examens paracliniques

#### Examens endoscopiques :

- Gastroskopie (± A.G.)
- Coloscopie (± A.G.)
- Endoscopie bronchique ( Lavage broncho-alvéolaire)

#### Biopsies :

- Glandes salivaires  Artère temporale
- Myélogramme  Biopsie ostéo-médullaire

#### Examens morphologiques :

- Radiographies standards : région.....
- TDM : région .....
- IRM : région .....
- Echographie : région .....
- Echo-Doppler : région .....
- Explorations fonctionnelles respiratoires

**Antécédents****Traitements en cours****Contexte social** ALD CMU AME Mutuelle Aides au domicile Autre :**Equipe soignante en ville** Pharmacien/Conciliation médicamenteuse IDE kinésithérapeutes Autre :