

DEMANDE D'ADMISSION

Hôpital de jour Ora Ora en ETP obésité

Date de la demande :

Médecin demandeur / service :

Médecin traitant :

Autres correspondants :

⇒ RENSEIGNEMENT ADMINISTRATIF DU PATIENT :

DN :

Nom de famille (suivi s'il y a lieu du nom d'époux) :

Prénoms :

Date de naissance :

☎ (*obligatoire*) :

Commune :

Profession :

⇒ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Poids :	Taille :	IMC :
Pathologie principale pour SSRP et motif de la demande d'admission :		
Comorbidités :		
Prise en charge souhaitée :		
<input type="checkbox"/> Médicale		
<input type="checkbox"/> Chirurgicale		

Cachet et signature du Médecin demandeur

Le/...../.....