

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX  
DEMANDE D'EVASAN**

**1) IDENTITE DU MALADE :**NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  H  F

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ TELEPHONE Patient : \_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale : \_ \_ \_ \_ \_  HOSPITALISE  EXTERNE**2) SERVICE DE DEPART : DEPART le** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  URGENT  NON URGENT

SPECIALITE : \_\_\_\_\_

NOM DU MEDECIN DEMANDEUR : \_\_\_\_\_

TELEPHONE (POSTE) : \_\_\_\_\_ MAIL : \_\_\_\_\_

**3) RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DIAGNOSTIC :****-PROJET THERAPEUTIQUE****-THERAPEUTIQUES EN COURS****4) CONDITIONNEMENT :**

- |                                    |   |  |                                |
|------------------------------------|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CIVIERE   | <input type="checkbox"/> MATELAS A DEPRESSION | <input type="checkbox"/> NACELLE               | <input type="checkbox"/> SIEGE |
| <input type="checkbox"/> OXYGENE   | <input type="checkbox"/> RESPIRATEUR          | <input type="checkbox"/> FAUTEUIL ROULANT      |                                |
| <input type="checkbox"/> PERFUSION | <input type="checkbox"/> INCUBATEUR           | <input type="checkbox"/> AIDE à l'EMBARQUEMENT |                                |

DESTINATION : HOPITAL : \_\_\_\_\_ SERVICE : \_\_\_\_\_

ACCORD du Dr : \_\_\_\_\_ TELEPHONE : \_\_\_\_\_

**5) ACCOMPAGNATEURS :**

- |                                    |                                 |  |
|------------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> MEDECIN   | <input type="checkbox"/> SOCIAL | <input type="checkbox"/> SANS ACCOMPAGNATEUR |
| <input type="checkbox"/> INFIRMIER | <input type="checkbox"/> PERE   | <input type="checkbox"/> MERE                |
|                                    |                                 | <input type="checkbox"/> AUTRE : _____       |

**6) PERSONNE À CONTACTER :**

- N°1 : LIEN DE PARENTE : \_\_\_\_\_ NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
TELEPHONE : \_\_\_\_\_
- N°2 : LIEN DE PARENTE : \_\_\_\_\_ NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
TELEPHONE : \_\_\_\_\_

**Pièces jointes OBLIGATOIRES**

- Fiche F5  15 Etiquettes
- Accord écrit Service Receveur
- Photocopie pièce d'identité
- Attestation Sécu ou AME
- Autorisation parentale (si mineur)

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Dr : \_\_\_\_\_

Cachet et Signature :