



DEMANDE D'UNE HOSPITALISATION DE JOUR

A faxer au 05.65.50.66.01

ou

adresser par **messagerie sécurisée** (type médimail) à :

secretariat.hdj@ch-figeac.fr

Référence : 300.017

Version : 03

Date d'application : 17/03/2023

Durée de validité : 3 ans

PATIENT

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

N° de téléphone :

Date de la demande : ____ / ____ /20 ____

Délai souhaité : _____

Date planifiée (à remplir par secrétaire HDJ) : _____

Médecin demandeur : _____

Tél : _____

CHOIX DU PARCOURS HDJ :

Bilan gériatrique

Médecine

Bilan pré-prothèse

Bilan diabétique

Bilan chute

Perfusion de : (Joindre ordonnance)

Bilan cognitif

Ponction d'ascite

Bilan nutritionnel

Transfusion

Bilan douleur chronique

Pose de Qutenza

Parcours pluri professionnel

Autres :

Autres demandes :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN DEMANDEUR

Renseignements :

Allergies :

Régime et texture alimentaire :

Autonomie :

Motif de la demande :

VALIDATION DU MEDECIN REFERENT HDJ

Le ____ / ____ / ____

Signature :

Commentaires :