



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 : 04

Date d'application : 14/01/2026

Durée de validité : 5 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** **Bilan douleur chronique** **Bilan pré-prothèse** **Bilan diabétique**
 Bilan chute Pose de Qutenza
 Bilan cognitif
 Bilan nutritionnel
 Parcours pluri professionnel

Médecine

Perfusion de : (Joindre ordonnance)

Pour les demandes de perfusion de Ferinject, merci de fournir les éléments suivants : Dernier bilan biologique (NFS Ferritine, CST, CRP), cause de la carence martiale, traitement en cours (traitement oral déjà mis en place ? est-il toujours en cours ?).

Ponction d'ascite

Transfusion

Autres :

Pour les demande de transfusion sanguine merci de fournir les éléments suivants : dernier bilan biologiques et RAI datant du jour de la demande ou en cours de réalisation

Si la demande n'est pas urgente veuillez nous adresser la demande de préférence en début de semaine

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 :