



**VOTRE
SANTÉ,
NOTRE
PRIORITÉ**

FICHE DE LIAISON VILLE ↔ HÔPITAL

À COMPLÉTER



**IDENTITÉ
DU PATIENT**



**PERSONNES
À CONTACTER**



**PROFESSIONNELS
DE SANTÉ**



MÉDICO-SOCIAL

VOTRE
SANTÉ,
**NOTRE
PRIORITÉ**

**IDENTITÉ
DU PATIENT**



NOM PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

PERSONNES À CONTACTER

AUXILIAIRE DE VIE

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE



VOTRE
SANTÉ,
**NOTRE
PRIORITÉ**

COORDONNÉES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ INTERVENANT AUPRÈS DU PATIENT

MÉDECIN TRAITANT



INFIRMIER.ÈRE



KINÉSITHÉRAPEUTE



PHARMACIEN



PRESTATAIRES DE CONFIANCE



VOTRE
SANTÉ,
**NOTRE
PRIORITÉ**

**EXAMENS
CONSULTATIONS
HOSPITALISATIONS**

DATE /HEURE - MÉDECIN OU TYPE D'EXAMEN - LIEU/UNITÉ

