**FORMULAIRE D’ORIENTATION**

|  |  |
| --- | --- |
| Personne à l’origine de l’orientation |  |
| Structure |  |
| Coordonnées |  |
| Motifs de l’orientation |  |

|  |
| --- |
| **Patient informé de la démarche ? □** oui **□** non |
| **Si non** | *Demander à l’orienteur de faire la démarche et de revenir vers nous* |
| **Si orientation d’un établissement hospitalier** | *Demander à l’orienteur les CR récents de consultation ou d’hospitalisation* |

|  |
| --- |
| **Questions patient**  |
| **Dans quelle commune réside le patient ?** |
| Nom d’usage |  |
| Nom de naissance |  |
| Prénom |  |
| Date & Lieu de naissance |  |
| Sexe | **□** Homme **□** Femme |
| Adresse |  |
| Tel fixe / portable |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du MT  |  |
| Nom autres médecins spécialistes |  |

|  |
| --- |
| **Questions médicales** *(Ce qui pose problème)* |
|  |

|  |
| --- |
| **Questions sociales** |
|  |