

**Merci de rendre cette fiche
au patient ou à sa famille à la sortie**

URGENCES

FICHE D'IDENTITÉ À REMETTRE EN CAS D'HOSPITALISATION

Avec le soutien de



FICHE D'IDENTITE



N'oubliez pas une pièce d'identité, vos lunettes et vos médicaments.

Nom

Prénom

Nom de jeune fille

Date de naissance / /

Situation familiale

Est l'aidant de :

Adresse

.....

Téléphone

Caisse maladie

N° S.S.

Mutuelle

N° Adhérent

Caisse de retraite

Mesure de protection ☐ non ☐ oui - laquelle ?

Tuteur / Mandataire judiciaire à la protection des majeurs

APA ☐ non ☐ oui - Date d'évaluation / / GIR

COORDONNÉES DES PROCHES

Nom-Prénom	Lien de parenté	Téléphone

Présence d'un animal de compagnie au domicile : ☐ non ☐ oui

INTERVENANTS

Médecin traitant

Tél.

Infirmier

Tél.

Pharmacien

Tél.

Kinésithérapeute

Tél.

Service de soins Tél.

Référent

C.C.A.S. Tél.

Référent

Association d'aides à domicile

Autres Tél.

Boîtes à clés ☐ non ☐ oui

Portage de repas à domicile : Tél.

Télé-assistance ☐ non ☐ oui

Intervention de l'EGED ☐ non ☐ oui

Suivi CLIC ☐ non ☐ oui

DAC ☐ non ☐ oui

Suivi CRT ☐ non ☐ oui

Date / /

Signature

Merci de rendre cette fiche au patient ou à sa famille à la sortie