



DEMANDE D'ADMISSION

HDJ tabacologie

DOC 2.1.12787.0 du 07/12/2023

Responsable des admissions : ☎ 05 62 71 39 14 ✉ tabacologie@monie.fr

▪ Identification du patient

Nom de naissance : _____

Nom usuel : _____

Prénom : _____

Sexe : M F

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Domicile / lieu de vie : _____

Tél : _____ Mail : _____

Personne à prévenir : _____

Lien : _____ Tél : _____ Mail : _____

▪ Entourage médical / paramédical / social

Nom du médecin traitant : _____

Tél : _____ Mail : _____

Nom IDE libéral ou IDE ASALEE : _____

Tél : _____ Mail : _____

Nom du médecin adresseur (si différent du médecin traitant) : _____

Tél : _____ Mail : _____

▪ Antécédents médicaux

Clinique MONIÉ

Route de Revel 31290 VILLEFRANCHE DE LAURAGAIS

▪ **Traitements**

Date : ____ / ____ / ____

Nom du médecin : _____

Signature du médecin :

Tampon du médecin adresseur :