

**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'IDENTITÉ



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

Nom Prénom

Nom de jeune fille Date de naissance / /

Situation familiale

Adresse Téléphone

DMP (Dossier Médical Partagé) non oui

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

Suivi autre service social

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

Télé-assistance non oui Portage de repas à domicile :

Suivi **CLIC** non oui **RÉSEAU** non oui **MAIA (Gestion de cas)** non oui

Date / /

Signature

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