

Date de naissance Année Mois Jour		N° chambre	N° de dossier
Nom et prénom à la naissance			
Nom usuel ou nom du conjoint			
Adresse			
Code postal	Ind. rég.	N° téléphone	Sexe ☐ M ☐ F
N° d'assurance maladie		Nom du médecin traitant	

Date			Heure	Interventions, observations, signature
Année	Mois	Jour		
LIAISON EN DÉPENDANCE EN MILIEU HOSPITALIER				
				1. Motifs de consultation ou hospitalisation au centre hospitalier
				2. Diagnostics médicaux et psychiatriques pertinents
				3. Consommation (substances, quantités quotidiennes et fréquences)
				4. Démarches antérieures en dépendance (nombre, endroit, durée, issue, dernier épisode)

