

DEMANDE D'INTERVENTION

EQUIPE DE LIAISON ET DE SOINS EN ADDICTOLOGIE

Pour plus de renseignements : elsa@hopitaldubouscat.com

Sec : 05-56-17-50-97 06-08-70-21-08

Identification du patient

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Téléphone :

Motif d'hospitalisation :

Unité /service d'hospitalisation :

Chambre/ lit/ box

Date d'entrée :

Date prévisionnelle de sortie :

Date de la demande :

Motif de demande de l'ELSA :

Identification du demandeur

Nom :

Prénom :

Fonction :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Patient informé de la demande d'intervention et de la venue de l'ELSA

☐ Oui

☐ Non

Consentement au partage des informations recueillies lorsque requis :

☐ Oui

☐ Non

☐ Non applicable »

Document à adresser par mail :

service-elsa.ch-bouscat@lifen.mssante.fr