

DEMANDE D'INTERVENTION

EQUIPE DE LIAISON ET DE SOINS EN ADDICTOLOGIE (ELSA)

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 :

Merci d'informer le patient de votre demande et de notre venue

Document à adresser par mail :

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

ou elsa@hopitaldubouscat.com