

FICHE NAVETTE ENTRÉE / SORTIE**NOM/PRÉNOM DU PATIENT :**Coller étiquette
du patient

<u>ENTRÉE</u>		<u>SORTIE</u>	
Date d'admission : ___/___/20___ Heure d'arrivée : ___h___ Nom du moniteur : N° Chambre : <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Transfert		Date de sortie : ___/___/20___ Heure de départ : ___h___ Nom du moniteur : N° Chambre : <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Transfert	
<u>Transport aller</u> <input type="checkbox"/> Famille : <input type="checkbox"/> Équipe <input type="checkbox"/> Taxi : <input type="checkbox"/> Co-voiturage <input type="checkbox"/> Prescription médicale de transport : <input type="checkbox"/> Chauffe : <input type="checkbox"/> Billet de train : <input type="checkbox"/> Voiture personnelle : <input type="checkbox"/> Immatriculation :		<u>Transport retour</u> <input type="checkbox"/> Famille : <input type="checkbox"/> Co-voiturage <input type="checkbox"/> Taxi : <input type="checkbox"/> Prescription médicale de transport : <input type="checkbox"/> Chauffe : <input type="checkbox"/> Billet de train : <input type="checkbox"/> Voiture personnelle : <input type="checkbox"/> Équipe :	
<u>Suivi médical</u> <input type="checkbox"/> Courrier du Médecin <input type="checkbox"/> Ordonnance <input type="checkbox"/> Stock de médicaments : <input type="checkbox"/> Si oui, rangés boîte au nom du patient <input type="checkbox"/> Bilans biologiques <input type="checkbox"/> Radios <input type="checkbox"/> Autres examens : <input type="checkbox"/> Carnet de santé ou vaccinations <input type="checkbox"/> Carnet de Léponex <input type="checkbox"/> Désignation de la personne de confiance <input type="checkbox"/> RDV Dr Motteau :		<u>Suivi médical</u> <input type="checkbox"/> Courrier du Médecin <input type="checkbox"/> Ordonnance : oui ou non <input type="checkbox"/> Faxer ordonnance à l'officine : oui - non <input type="checkbox"/> Provision de médicaments : <input type="checkbox"/> Si oui, nombre de jours : <input type="checkbox"/> Bilans biologiques <input type="checkbox"/> Radios <input type="checkbox"/> Autres examens : <input type="checkbox"/> Carnet de santé ou vaccinations <input type="checkbox"/> Carnet de Léponex <input type="checkbox"/> Fiche de liaison si transfert	
<u>Papiers</u> <input type="checkbox"/> Carte d'identité <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Photo HM <input type="checkbox"/> Assurance Responsabilité Civile <input type="checkbox"/> Carte Vitale <input type="checkbox"/> Carte de Mutuelle <input type="checkbox"/> Attestation Sécurité Sociale <input type="checkbox"/> Carte d'invalidité <input type="checkbox"/> Pass Navigo		<u>Papiers</u> <input type="checkbox"/> Questionnaire de satisfaction <input type="checkbox"/> Carte d'identité <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Carte Vitale <input type="checkbox"/> Carte de Mutuelle <input type="checkbox"/> Attestation Sécurité Sociale <input type="checkbox"/> Carte d'invalidité <input type="checkbox"/> Pass Navigo	
<u>Caisse de dépôts</u> <input type="checkbox"/> Clés : <input type="checkbox"/> Espèces : <input type="checkbox"/> Chéquier : <input type="checkbox"/> Carte bancaire : <input type="checkbox"/> Objets de valeur :		<u>Caisse de dépôts</u> <input type="checkbox"/> Clés : <input type="checkbox"/> Espèces : <input type="checkbox"/> Chéquier : <input type="checkbox"/> Carte bancaire : <input type="checkbox"/> Objets de valeur :	
<u>Club Thérapeutique</u> <input type="checkbox"/> Carte du Club		<u>Club Thérapeutique</u> <input type="checkbox"/> Carte du Club	
<u>Petite boutique</u> <input type="checkbox"/> Nombre paquets tabac déposés :		<u>Petite boutique</u> <input type="checkbox"/> Nombre paquets tabac récupérés :	
<u>Vêtements</u> <input type="checkbox"/> Nombre de bagages :		<u>Vêtements</u> <input type="checkbox"/> Bagages repris : <input type="checkbox"/> Bagages déposés à la bagagerie :	
Pour des raisons de sécurité, les chambres de la clinique ne fermant pas à clé, nous vous invitons à confier vos objets de valeur à la Caisse de Dépôts. Dans le cas contraire, et en cas de vol, l'établissement décline toute responsabilité.			
<u>Signature du patient</u>	<u>COORDONNÉES DU PATIENT APRÈS LA SORTIE</u> ----- ----- N° de tél. où le patient sera joignable : _____		<u>Signature du patient</u>