

Bonjour Docteur

Vous souhaitez nous adresser votre patient...

Je vous transmets en pièce jointe le formulaire de demande D'admission en hospitalisation de jour au CENTRE DE REEDUCATION SAINTE CLOTILDE à renseigner.

Les données demandées dans le formulaire sont indispensables pour :

- Identitovigilance (identité du patient, date de naissance),
- Contacter le patient (coordonnées téléphoniques /email),
- Vérifier la sectorisation (commune de résidence),
- Permettre l'évaluation rapide des besoins (Motif, objectifs éventuels, degré d'autonomie, caractère d'urgence..., traitement du patient)

Chaque demande médicale (réalisée est étudiée dans la semaine au cours de la commission d'admission pour décision.

Le formulaire est à retourner, complété des comptes - rendus que vous jugerez utiles

secretariat-medical@crsc.re

Fax : 02 62 48 29 30

P.S - Tout dossier incomplet ne sera pas traité