Demande d'hospitalisation directe en Court Séjour Gériatrique

Merci de renseigner ce document et de le transmettre par mail à sec-rhumato-geriatrie@ch-alpes-leman.fr ou par fax au 04 50 82 30 75 accompagné des documents nécessaires à la bonne prise en charge du patient (ordonnances habituelles, bilans récents, courrier)

- **DEMANDEUR**

Médecin demandeur :
Si différent, Médecin traitant :
Numéro de téléphone direct :
Si médecin hospitalier référent, lequel :

- **PATIENT**

Nom :		
Prénom :		
Date de naissance :		
Lieu actuel du patient :	☐ domicile	adresse :
	☐ établissement (SMR, EHPAD)	Nom de la structure :
Coordonnées : (patient, référent familial, établissement):		

- **MOTIF de la demande**

Principaux ATCD :
Problématique actuelle :