

## FICHE CONTACT PATIENT

**Date :**

### Identification du Patient

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Portable :

### Renseignements administratifs

Organisme de sécurité sociale

Code de gestion :

Adresse

Taux de prise en charge :  ALD  100%  65 %

### HAD :

Nom : Médecin coordonnateur :

Adresse :

Téléphone :

### Ou

#### Cabinet d'infirmière libérale :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

#### Cabinet du médecin traitant :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

#### Pharmacie d'officine :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

#### Prescripteur hospitalier référent :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

#### Pharmacien responsable de la PUI :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

#### Cadre infirmier – Hôpital de jour :

Nom :

Adresse :

Téléphone :