Lettre médicale

Hospitalisation d’une personne âgée à risque de perte d’autonomie

## La Coordination Clinique de Proximité :

Médecin traitant : ………………………………… mail :………………………………..@.................... tél : ………………

Infirmier : ………………………………… mail :………………………………..@.................... tél : ………………

Pharmacien : ………………………………… mail :………………………………..@.................... tél : ………………

Kiné : ………………………………… mail :………………………………..@.................... tél : ………………

## Le patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Personne à prévenir / personne de confiance / famille : …………………………………………tél……………………….

## Motif d’hospitalisation :

………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………..

Antécédents médicochirurgicaux :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Allergie :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Traitement actuel (copie ordonnance) ou :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Plan Personnalisé de Santé (PPS) en cours ?

[ ] Oui [ ] Non

Modalités de retour souhaitées :

[ ] Retour à domicile [ ] Soins de suite et de réadaptation [ ] Institutionnalisation