

Fiche de Transmission

Bureau Accueil Clientèle et Régie des Consultations Externes/SERVICE SOCIAL

Réf :
Version :
Application : 05.11.13

P.A.S.S. (Permanences d'Accès aux Soins de Santé)



Infirmière

PROVOST Sandryne

Assistante Sociale

SIMONIN Françoise



06 78 93 39 20



pass@ch-laigle.fr

Situation évaluée par un professionnel:

le / /202....

NOM :

Prénom :

Fonction : Responsable du Service Secrétaire Autre.....

Identité du patient : (Si mineur mentionner aussi le NOM et Prénom des parents)

NOM:

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° Téléphone :

Orientation de la personne :

- Transfert sur un autre établissement (nom de celui-ci) :
- Retour à domicile (SVP adresse et numéro de téléphone) :

Personne prévenue : Transmission à l'assistante sociale Oui Non

Motif de la demande :

Difficultés repérées (cocher SVP) :

- COUVERTURE SOCIALE**
 - Aucune Absence mutuelle Autre
- SANTE**
- LOGEMENT**
 - Aucun Autre
- RESSOURCES**
 - Aucun Autre
- DIVERS**