

Demande de prise en charge en HAD pour cathéter interscapulaire

Tel : **03.81.41.43.80** - 8H00/19H00
Mail secretariatmedicalbesancon@santexcelcfc.fr
secretariatmedicalpontarlier@santexcelcfc.fr

Patient	Nom (usage et naissance) :	
	Prénom :	
	Date de naissance :	
	Adresse de prise en charge HAD :	
	Téléphone fixe	
	Téléphone portable	
	Accord verbal du patient	☐ OUI ☐ NON
Médecin traitant	Nom :	

INTERVENTION :	
☐ Chirurgie de rupture de coiffe de rotateur	☐ DROITE ☐ GAUCHE
☐ Prothèse anatomique d'épaule	☐ DROITE ☐ GAUCHE
☐ Autre : préciser	
DATE PRÉVUE D'INTERVENTION : _____	

Date :
Signature + cachet