



Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille

FICHE D'IDENTIFICATION

Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	Age :
Profession :	
Adresse personnelle :	

Personne à prévenir si nécessaire :
Lien de parenté :
N° de téléphone :

Personne de confiance :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Nom de la personne de confiance :		
Lien de parenté :		

01.1440.066

MOTIF D'HOSPITALISATION	DATE ET HEURE D'ENTREE	DATE DE SORTIE	INVENTAIRE FAIT OUI/NON	PROVENANCE/ MODE D'ARRIVÉE

Médecin référent :