

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN**

Le Dr..... , médecin hospitalier  
Service : ..... Tél : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

**Prescrit l'admission en hospitalisation à domicile pour**

Monsieur  Nom.....  
Madame  Prénom.....  
Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_/

**Motif de la demande d'hospitalisation et histoire de la maladie :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Pathologie principale et antécédents :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Projet Thérapeutique :**

.....  
.....  
.....

**Merci de joindre toutes les ordonnances nécessaires à la prise en charge.**

Fait à .....	Le __/__/____/
Signature et cachet du Médecin hospitalier	