



Installation :
Hôpital d'Alma

DEMANDE D'ADMISSION DE L'EXTERNE

Clinique médicale Clinique Externe

Date de demande : _____ Heure : _____
Année/Mois/Jour

Nom du médecin ayant accepté l'admission : _____

Nom du médecin de famille de l'utilisateur : _____

Nom et coordonnées du répondant pour planifier l'admission : _____

Tel. 1 : _____

Tel. 2 : _____

Usager avisé d'apporter sa médication lors de l'admission.

Médecine Chirurgie Pédiatrie
 Santé mentale UTT Sédation palliative
 Aide médicale à mourir

Admission désirée le : _____
Année/Mois/Jour

Délais :
 Moins de 8h00 Notes complémentaires : _____
 8h00 – 24h00
 24h00 – 48h00

Documents joints :

- Consultation en spécialité
- Consultation professionnelle
- Ordonnances pharmacologiques
- Autres

DIAGNOSTIC PROVISOIRE/RAISONS D'ADMISSION

ORDONNANCES MÉDICALES :

AUTRES RECOMMANDATIONS :

DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉTAT CLINIQUE/COMMENTAIRES :

Aviser le médecin dès l'arrivée de l'utilisateur

Médecin requérant Date : _____ _____
Année/Mois/Jour *Médecin traitant*

Remettre une copie du formulaire à l'utilisateur après l'avoir faxé à l'admission.
Admission : 418-669-2000 (2251) Télécopieur : 418-669-0408