



FICHE DE LIAISON

Pour demande de prise en charge à l'U.M.N

DATE | ____ | ____ | ____ |

ADRESSEUR

Nom _____

Fonction _____

Structure _____

Coordonnées _____

POURQUOI UNE FICHE DE LIAISON ?

Cette fiche de liaison a pour objectif de favoriser la collaboration entre l'adresseur et l'U.M.N et ainsi permettre une continuité des soins optimale.

L'ensemble des informations permettra d'adapter au mieux le projet de soins personnalisé du patient.

COMMENT TRANSMETTRE LA FICHE?

Elle devra être envoyée à l'U.M.N :

par FAX au **04 84 25 56 54**,

ou

par mail à **contact@umn-marseille.fr**

ou

par voie postale à

U.M.N

Pavillon 7 – 4^{ème} étage

Hôpital Sainte Marguerite

270 Bvd de Ste-Marguerite

13 274 Marseille cedex 9

Pour tout renseignement n'hésitez pas à contacter le secrétariat au **04 91 20 37 30**.

IDENTIFICATION DU PATIENT

Identité du patient

NOM _____ Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Téléphone _____

Coordonnées des parents du patient (si mineur)

MERE : NOM _____ Prénom _____

Adresse _____

Téléphone _____

PERE : NOM _____ Prénom _____

Adresse _____

Téléphone _____

Dossier de demande d'admission rempli : OUI NON

envoyé : OUI NON

PRECISIONS SUR L'ORIENTATION

Motif d'orientation :

Complications, troubles, difficultés :

Besoins identifiés supplémentaires de prise en charge :

- activité physique adaptée*
- démarche motivationnelle*
- précarité sociale importante*
- troubles du comportement alimentaire*
- prise en charge famille*
- autre :*

COMMENTAIRE