



 CLINIQUE DES  
**côtes du rhône**



## **PASSEPORT HÔPITAL DE JOUR SOS LUMBAGO**

**UNE PRISE EN CHARGE  
DE QUALITÉ ET DE PROXIMITÉ**

 **Humanité**  **Solidarité**  **Engagement**

[WWW.CLINIQUEDESCOTESDURHONE.FR](http://WWW.CLINIQUEDESCOTESDURHONE.FR)  
**04.74.29.28.28**  
[accueil.cdr@noalys.com](mailto:accueil.cdr@noalys.com)

### **NUMÉROS UTILES**

Quartier Administration : 04.74.29.29.02  
Quartier Infirmierie : 04.74.29.28.40  
Pour une urgence : 04.74.29.28.24

Pour rappel : SAMU (15)

Date prévue de l'entrée en HDJ SOSLUMBAGO : ...../...../ 20.....

## 1 | CHECK-LIST

- Vous pouvez prendre vos repas normalement (pas de jeûne)
- Prenez vos traitements habituels selon leur prescription.
- Laissez à la maison vos objets de valeur

### Le Jour J

Il me faut impérativement apporter :

- Ma carte vitale et ma mutuelle
- Une pièce d'identité
- Mes ordonnances et traitements en cours
- Un moyen d'occupation (lecture, téléphone...)
- Un moyen de paiement

## 2 | LE PATIENT

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Sexe :  Masculin  Féminin

Date de naissance : ...../...../.....

Lieu de naissance : .....

Numéro de téléphone : .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

Code postal.....

Ville : .....

Adresse mail : .....@.....

Numéro de Sécurité Sociale : .....

## 3 | DIVULGATION DE PRESENCE ET INFORMATIONS MEDICALES

Autorisez-vous la divulgation de votre présence dans l'établissement auprès de tiers :

OUI

NON

Communication d'informations médicales :

L'article L.1110-4 du Code de la Santé Publique vous permet de limiter l'accès aux informations médicales vous concernant. Si le cas se présente, vous souhaitez REFUSER la communication d'informations médicales vous concernant :

A votre médecin traitant

Aux titulaires de l'autorité parentale

Aux ayants droits

Date : ...../...../.....

Signature du patient :