

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

MINISTERE DU TRAVAIL
ET DE LA PROTECTION SOCIALE

DECISION MEDICALE POUR PLACEMENT DE MALADE POUR SOINS DE HAUT NIVEAU (APPLICATION DE L'ARRETE DU 03/08/1995)

Nom et Prénoms du malade :

.....

Date de naissance :

.....

Profession :

Adresse :

.....

.....

Nom et Prénoms de l'assuré social :

.....

Lien avec le malade : (A) (C) (F) (ASCENDANT)

N° d'immatriculation :

Caisse d'affiliation :

(CNAS) (CASNOS) (CNMA) (NON ASSURE)

Doit être placé (e) pour :

- Hospitalisation
- Appareillage spécialisé
- Soins à titre externe

Diagnostic et code de l'affection :

.....

Raison médicale justifiant la demande de placement :

- Spécialité inexistante
- Absence de compétence
- Absence ou insuffisance de plateau technique :

Préciser :

Absence de drogue (préciser)

.....

Autre (préciser)

.....

Chef de service, soussigné

.....

.....

Propose le placement de ce malade pour des soins de haut niveau

Durée probable de séjour :

.....

L'état de santé du malade nécessite l'accompagnement suivant :

.....

Préciser la qualité :

.....

Le :

(Empreinte du cachet et signature)

Réservé à la Direction du CHU, ou de l'Etablissement spécialisé.

Avis motivé du Directeur Général du CHU ou de l'ERS.

.....

.....

Fait à Le

Le Directeur