

**Demande de prise en charge en HAD
pour cathéter interscapulaire**

**A faxer au 03.62.28.80.01 ou
Envoyer un mail à had@santexcelcfc.fr**

Patient	Nom (usage et naissance) :	
	Prénom :	
	Date de naissance :	
	Adresse de prise en charge HAD :	
	Téléphone fixe	
	Téléphone portable	
	Accord verbal du patient	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Médecin traitant	Nom :	

INTERVENTION :	
<input type="radio"/> Chirurgie de rupture de coiffe de rotateur	<input type="checkbox"/> DROITE <input type="checkbox"/> GAUCHE
<input type="radio"/> Prothèse anatomique d'épaule	<input type="checkbox"/> DROITE <input type="checkbox"/> GAUCHE
<input type="radio"/> Autre : préciser	
DATE PRÉVUE D'INTERVENTION : _____	

Date :
Signature + cachet