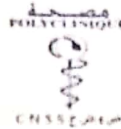


MAS



Réf : 713 - 3 - 01

Note confidentielle

(A renseigner par le médecin traitant)

Nom et prénom de l'assuré(e) :

Numéro d'immatriculation :

/ / / / / / / / / /

Nom et prénom du bénéficiaire (autre que

l'assuré(e) :

Date de naissance du bénéficiaire :

/ / / / / / / / / /

Nom et prénom du médecin traitant :

INPE et code à barres* :

/ / / / / / / / / /

Date de la consultation 10/01/2013

Diagnostic et motif des soins :

Décompensation cardiaque

Antécédents et facteurs de risque :

HTA, ACFA, Hypertension artérielle

Examen clinique à l'admission :

- tachycardie - 120 bpm - 0.7 IP

Résultats des bilans para cliniques :

ECG = ACFA

Libellé et nature des soins :

A. H. - régulariser par traitement et bilan Echo-cœur

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
5 à 10 jours - 06/01/2013	10/01/2013	11/01/2013
5 à 10 jours - 06/01/2013	10/01/2013	11/01/2013

Fait à :

Signature et cachet du médecin traitant

Chambre
Cardiologie
01 61 86 30 59

* Accrocher l'étiquette portant l'identifiant National des Professionnels (INP) et des Établissements de soins, ainsi que le code à barres.

Adresse OG :

Fax :

Tél. :

CODE

OBSERVATIONS ET TRAITEMENTS

DATES