

REPUBLIQUE TUNISIENNE
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ETABLISSEMENT.....

FICHE INDIVIDUELLE
D'HOSPITALISATION POUR LES DETENUS OU LES JEUNES DELINQUANTS

ADMISSION N°.....
IDENTIFICATION DU MALADE

Index : n° du dossier médical :.....
Nom-prénom :.....CNI n°.....

Sexe..... Date et lieu de naissance
Nom de jeune fille :.....
Etat civil :.....
Nationalité :.....
Prénom du père :.....
Prénom du grand père.....
Conjoint.....
Adresse :.....
Gouvernorat :.....
téléphone :.....
Profession.....
Employeur :.....

Personne à prévenir(en cas d'urgence).....téléphone.....

HOSPITALISATION

Admission n° :
Service :.....
Unité :.....
Mode d'entrée : Cause d'hospitalisation :.....
Admis le : A :heure
Sortie le : A :heure
Décès le : A : heure

REGIME DE PRISE EN CHARGE

Nom du malade détenus et jeunes délinquants.....CNI n°.....
Régime de prise en charge : Etablissement des prisons et de rééducation
Reçu de paiement n° :.....montant de :.....
Divers :.....

Fait le :.....

Nom et prénom du responsable
Signature