

Secrétariat EMSP CHBA : 02.97.01.42.81
emsp-douleur@ch-bretagne-atlantique.fr

Identité du patient

Nom, prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Situation familiale :

Adresse (domicile) :

Établissement / service / médecin demandeur référent

➤

Médecin traitant (nom et lieu d'exercice)

➤ **Dr** prévenu de la RCP prévoir envoi CR RCP SP

Médecin(s) spécialiste(s) référent(s)

➤ Dr prévenu de la RCP

➤ Dr prévenu de la RCP

➤ Dr prévenu de la RCP

Inscription à traiter en URGENCE

Résumé de la situation (clinique, familiale et sociale,...)

Votre questionnaire