**Données Administratives**

**NOM :** ………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Prénoms :** …………………………………………………………………………………………………………………………….

**Date de Naissance** : ………………………………………… **Sexe :** F 🞏 M 🞏

**Téléphone : Fixe :** 05 /\_90\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ **Portable :** 06 / 90 /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

**Nom du Médecin Traitant :** …………………………………………………………………………………………….…….

**Nom du Spécialiste :** ……………………………………………………………………………………………………………..

**Traitement de fond …………………………………………………………………………………………………………...**

**Traitement de crise…………………………………………………………………………………………………………….**

**Le patient s’engage à** :

* Se rendre aux rendez-vous fixés avec les professionnels,
* Répondre aux procédures d’évaluation,
* A autoriser le partage de son dossier médico-socio-économique entre les différents intervenants adhérents du réseau,
* Suivre les conseils et recommandations de soins donnés par les médecins ou professionnels du réseau.

Fait à ………………………………………, le ……………………………..

Signer et tamponner

Renvoyer

Par fax : 0590 47 17 04

Par mail : pta@gip-raspeg.fr

Par courrier : GIP-RASPEG, Réseau Respir’Alizés,

Immeuble Le Squale Houelbourg Sud II

 97122 Baie-Mahault