



CENTRE HOSPITALIER DE GONESSE
25 rue Bernard Février - BP 30071 -95503 GONESSE Cedex
☎ **01.77.65.55.72** – Fax. : **01.34.53.24.99**

N° de demande :

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN POLYCLINIQUE

Date de la demande :

Appel ou fax reçu par :

Médecin Adressant :

Nom du Patient :

Téléphone :

Téléphone :

Motif demande :

Diagnostic envisagé :

Examens déjà réalisés :

Délai :

- < 48 Heures
- < 1 Semaine
- < 2 Semaines

Réorientation : *(précisions au verso)*