

SYNTHESE POUR (POUR), homme  
Né le 03/10/2023, à la man  
INS : 122554454875592  
IPP : Synt1102

## Parcours Preadmission interop

J0 : 18/11/2024

### Questionnaire : Formulaire de préadmission

du 18/11/2024 (J0)

Nom de naissance

**POUR**

Quel justificatif d'identité souhaitez vous fournir ?

Personne à prévenir : type de relation

**21\_MOTHER**

Personne de confiance : type de relation

**21\_MOTHER**

Disposez vous des droits à la Sécurité Sociale ?

**Oui**

N° tél portable

**+33605949726**

Non répondu

Nom utilisé

**POUR**

Personne à prévenir : nom

**GGOP**

Personne de confiance : nom

**GGH**

N° de sécurité sociale

**199658865952415**

N° tél fixe

**+33132456987**

Prénom utilisé

**SYNTHESE**

Personne à prévenir : prénom

**GGU**

Personne de confiance : prénom

**GGFR**

Attestation de sécurité sociale (FR)

{"filename":"Capture d'écran du 2024-11-15  
14-33-44.png","mediald":2585,"mediaUrl": "%MARSHALLER\_MEDIA\_API\_URL  
%54aad6e7653dc350279c375d13fbdc7a-10638.jpg"}

Adresse e-mail

**gouesse.go+55@HOPPEN.CARE**

Liste des prénoms

**GGOG**

Personne à prévenir : sexe

**M**

Personne de confiance : sexe

**M**

Disposez-vous d'une carte de mutuelle ?

**Non**

N° et voie du domicile

**3 Avenue de Belle Fontaine - Bâtiment Énergies B2**

Titre de séjour

{"FRONT":{"filename":"Capture d'écran du 2024-11-12  
10-49-47.png","mediald":2556,"mediaUrl": "%MARSHALLER\_MEDIA\_API\_URL  
%e5d742d4f53e4beb176c55973dd2db35-10609.jpg"},"BACK":  
{"filename":"Capture d'écran du 2024-11-12  
10-46-43.png","mediald":2557,"mediaUrl": "%MARSHALLER\_MEDIA\_API\_URL  
%e5d742d4f53e4beb176c55973dd2db35-10610.jpg"}}

Personne à prévenir : n° de téléphone

**+33605949726**

Personne de confiance : n° de téléphone

**+33605949726**

Sexe M

Code postal 35000

Personne de confiance : e-mail gouesse.go+66@hoppen.care

Date de naissance 2023-10-03T00:00:00.000Z

Médecin traitant {"legal\_name":"KLIFSOIGNATNOM-MODIF","first\_name":"KLIFSOIGNATPRENOM-MODIF"}

Ville CESSON-SEVIGNÉ

Personne à prévenir : e-mail gouesse.go+44@hoppen.care

Lieu de naissance le man

Pays FRANCE

## Questionnaire : Formulaire administratif

du 18/11/2024 (J0)

Alerte rouge

Limite 0 à 10 : 6

Reçue le 18/11/2024 à 12:31

Oui ou Non

Oui

Date

22/11/2024

Limite 0 à 10

6

Question photo



## RECHERCHER UN PATIENT

### POUR SYNTHESE - M

IPP Synt1102 - DDN 03/10/2023

IEP:

IPP: Synt1102

Date d'entrée: -

[Fiche patient](#)

UF médicale:

Bâtiment:

#### Eléments du dossier :

**Formulaire de prea avec protocole**

(à traiter) >

Consentement Couclou

(à signer) >

*Le dossier sera considéré comme traité lorsque le formulaire de préadmission sera validé ou invalidé*

Avis, quelle couleur ?



Text Libre

dddff

Liste de choix

1

Score VLE 1 Oui Non

1.00