

Madame X

Adresse du domicile : X

Tel patiente : X

N° de SS : X

DATE DE CHIRURGIE : X

Estimation de la durée d'hospitalisation :X

Bordeaux le 18 janvier 2024

PRESCRIPTION MEDICALE POUR L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE NON MEDICALISE

Je soussigné **Dr X** certifie que l'état de santé de Madame **X** nécessite une prise en charge en hébergement temporaire non médicalisé en post opératoire compte tenu de sa situation (Art.R.6111-52), durée validée par le chirurgien : 8 jours

- Domicile éloigné par rapport à l'établissement de santé ou accessibilité insuffisante à un établissement de santé
- Inadaptation temporaire de son logement ou de son environnement du fait de son état de santé après sa chirurgie
- Isolement géographique ou social

Lieu de L'hébergement temporaire non médicalisé : RESIDHOTEL ou Domitys (structures conventionnées Art.R.6111-51)

Dr X