

# Fiche navette pour demande d'intervention Cellule de Coordination de l'Aval AVC en Aquitaine

(Document confidentiel à transmettre à la CC3A Fax : 05 57 82 12 29)

➤ Médecin demandeur/ établissement :

➤ Motif(s) de la demande :

➤ Patient :

- Nom/Prénom :

- Age :

- Profession :

- Date de survenue de l'AVC et parcours hospitalier suivi :

- Date et projet de sortie :

- Description clinique :

- Antécédents médicaux et traitement en cours:

- Médecin traitant :

- Personne de confiance :

Date et Signature :

Coordonnées directes :