



## Transfert temporaire dans un autre centre HeGeBe

pour

**Nom / Prénom / Date de naissance**

**Expéditeur:** Centre de traitement initial du patient (nom, adresse):

Médecin responsable:

Téléphone / E-Mail:

Adresse de facturation:

**Destinataire:** Centre pour le traitement provisoire (nom, adresse)

Médecin responsable:

Téléphone / E-Mail:

Selon entretien téléphone ou courrier, la personne susmentionnée prendra son traitement dans votre centre du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

<b>Posologie et forme galénique</b>	matin	midi	soir
date			
date			
date			

Autres OAT :

Médicaments:

Autres remarques:

(date, timbre et signature de l'expéditeur)

- Copie au médecin cantonal correspondant