

## BON D'HOSPITALISATION UF 2510

Je soussigné, Dr .....

Certifie que l'enfant..... doit être hospitalisé en

**CHIRURGIE INFANTILE (Niveau 7- Batiment E)**

le ..... à **6h45**, à jeun, muni de son carnet de santé, de son jouet préféré et de son **traitement habituel**.

**Tout retard peut être à l'origine de l'annulation de son intervention**

En cas d'impossibilité, veuillez nous contacter au :

- 0262.90 54 90 / 5491 / 6490 / 6491 (secrétariat)
- 0262.90 54 94 (service d'hospitalisation)

**CONSULTATION ANESTHESIE LE** .....

Niveau 4- Téléphone : 02 62 90 54 00 / 0262.90 64 23

**FAIRE LA PRE-ADMISSION AU BUREAU DES ENTREES – NIVEAU 4**

**Se munir de : carte vitale ou attestation à jour, carte de mutuelle à jour, justificatif d'adresse de moins de 3 mois, pièce d'identité de l'enfant ou livret de famille**

## BON D'HOSPITALISATION UF 2580

Je soussigné, Dr .....

Certifie que l'enfant..... doit être hospitalisé en

**UNITE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE INFANTILE (Niveau 2)**

le ..... à ....., à jeun (**heure précisée la veille par le service, sinon se présenter à 7h30** le jour de l'intervention), muni de son carnet de santé, de son jouet préféré et de son **traitement habituel**.

**Tout retard peut être à l'origine de l'annulation de son intervention**

En cas d'impossibilité, veuillez nous contacter au :

- 0262.90 54 90 / 5491 / 6490 / 6491 (secrétariat)
- 0262.90 54 94 (service d'hospitalisation)

**CONSULTATION ANESTHESIE LE** .....

Niveau 4- Téléphone : 0262.90 54 00 / 0262.90 64 23

**FAIRE LA PRE-ADMISSION AU BUREAU DES ENTREES – NIVEAU 4**

**Se munir de : carte vitale ou attestation à jour, carte de mutuelle à jour, justificatif d'adresse de moins de 3 mois, pièce d'identité de l'enfant ou livret de famille.**