[Annexe 34a

DEMANDE DE PROLONGATION D'HOSPITALISATION
Formulaire 723

Références	
Etabl.	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋
O.A.	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

ETABLISSEMENT HOSPITALIER
N° d'agrément ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋
Dénomination:
Adresse:

ORGANISME ASSUREUR
N° Fédération – Office Régional ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋
Centre médical régional
Dénomination:
Adresse:

BENEFICIAIRE:
(patient) Numéro d'inscription ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Sexe ⌊_⌋1 M ⌊_⌋2 F

Nom - Prénom: Date de naissance ⌊_⌋ Nationalité
Adresse:

Code INS ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE:
Numéro d'inscription ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Nom - prénom: Date de naissance

Date d'admission	Heure	Service
⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Changement(s) de service depuis la date du dernier document introduit

Date	Heure	Service
⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋
⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋
⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌋	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Date de fin de l'autorisation précédente
Pour l'établissement hospitalier
Date
(Signature - Nom)

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL
Accord jusqu'au ..... inclus
Refus .....

Remarques éventuelles .....
Date .....
Signature et cachet du médecin-conseil

A.R. du 29-9-02 (2) en application
OUI / NON (1)

Cadre réservé à l'organisme assureur
MS 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - ACG - MP

RAPPORT MEDICAL JUSTIFIANT LA PROLONGATION DE L'HOSPITALISATION
Date probable jusqu'à laquelle la prolongation est estimée nécessaire
Raisons de l'hospitalisation
Diagnostics:
Principal
Complémentaires influençant la durée de l'hospitalisation
Interventions effectuées:
Chirurgicales:
Obstétricales:
Autres interventions thérapeutiques ou diagnostiques exécutées influençant la durée de l'hospitalisation .....
Plan diagnostic et thérapeutique (indication des interventions prévues influençant la durée de l'hospitalisation).....

(1) Biffer les mentions inutiles
(2) Arrêté royal portant exécution de l'article 138 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987

Date
Cachet avec n° d'identification et signature du médecin

Exemplaire pour le médecin-conseil]