

DOSSIER DE DEMANDE D'HOSPITALISATION COMPLETE

Docteur,

Vous faites une demande d'admission à la Clinique des Trois Cyprès pour l'un de vos patients. Des éléments administratifs et médicaux nous sont indispensables à recueillir en amont pour valider l'hospitalisation de votre patient.

Date de la demande :/...../.....

MEDECIN / SERVICE ADRESSEUR

Nom du médecin : Nom de la structure :
Téléphone : E-Mail :
Date d'entrée souhaitée :/...../..... Service : Adultes Jeunes adultes Adolescents

PATIENT

Nom : Prénom :
Sexe : M F Date de naissance :/...../.....
Adresse :
Téléphone : E-Mail :
Provenance : Domicile Transfert d'un autre établissement :
Mesure de protection : Tutelle Curatelle AEMO Autre
Organisme : Contact : Téléphone :

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE A PREVENIR – DE CONFIANCE - TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE

Nom de la personne de confiance : Tél. :
Nom de la personne à prévenir / des titulaires de l'autorité parentale : Tél. :
Tél. :
Autorité parentale : Individuelle Conjointe

DROITS SECURITE SOCIALE / MUTUELLE

N° Sécurité sociale : Nom de la caisse :
 Mutuelle : (joindre attestation avec droits à jour) N° adhérent :
 CMUC : droits du/...../..... au/...../.....
 AME : droits du/...../..... au/...../.....

Assuré(e) si différent du patient

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....
Adresse :
Téléphone : N° Sécurité sociale :

PRESTATIONS HOTELIERES

Souhait d'une chambre particulière au tarif en vigueur (diverses prestations hôtelières sont proposées pouvant être également incluses dans différents forfaits)

PIECES A FOURNIR LE JOUR DE L'ADMISSION

- CNI ou passeport (original) ou titre de séjour
- Carte de sécurité sociale
- Carte de mutuelle avec droits à jour



Les bagages sont limités à 1 seule valise ; l'établissement se réserve le droit de refuser l'admission du patient si ce critère n'est pas respecté. Si le patient se présente dans l'établissement avec plus de deux bagages, la Clinique se réserve le droit de stocker vos affaires au sous-sol de l'établissement, se dégageant de toute responsabilité en cas de vol ou de détérioration.

VOLET MEDICAL (A remplir par le médecin)
Ces informations sont indispensables pour une prise en charge optimale.

MOTIF D'HOSPITALISATION / PROJET THERAPEUTIQUE

Motif d'hospitalisation :
.....
Objectifs de la prise en charge pendant l'hospitalisation :
.....

SUIVI ACTUEL et ENVOI DE LA LETTRE DE LIAISON A LA SORTIE

Psychiatre : Téléphone :
Adresse :

 Médecin traitant : Téléphone :
Adresse :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Antécédents psychiatriques :

Antécédents somatiques (médicaux / chirurgicaux) :

Pathologies chroniques :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Infection BMR – germe : | <input type="checkbox"/> Transplantation d'organe |
| <input type="checkbox"/> Autre infection : | <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque – rénale – respiratoire (<i>barrer les mentions inutiles</i>) |
| <input type="checkbox"/> BPCO | <input type="checkbox"/> Trachéotomie |

Traitements médicamenteux somatique actuel avec posologie (joindre l'ordonnance) :

Traitements médicamenteux psychiatrique actuel avec posologie (joindre l'ordonnance) :

Autres traitements :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie | <input type="checkbox"/> Dialyse | <input type="checkbox"/> Corticothérapie |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> Immunosuppresseurs | <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie / aérosols |

Examen clinique :

Poids : Taille : Allergies connues :

Signes cliniques actuels :

Comportements addictifs :

- | | | |
|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tabac | <input type="checkbox"/> Opiacés | <input type="checkbox"/> Jeux : |
| <input type="checkbox"/> Alcool | <input type="checkbox"/> Cocaïne | <input type="checkbox"/> Troubles du Comportement alimentaire |
| <input type="checkbox"/> Cannabis | <input type="checkbox"/> Benzodiazépines | <input type="checkbox"/> Autres : |

Etat de dépendance :

- | | | | | | |
|------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------|--------------------------------|
| Motorité : | <input type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Avec aide | <input type="checkbox"/> Avec fauteuil | <input type="checkbox"/> Alité | |
| Toilette : | <input type="checkbox"/> seul | | <input type="checkbox"/> avec aide | | |
| Elimination : | <input type="checkbox"/> normale | | <input type="checkbox"/> Incontinence (préciser) : | | |
| Etat cutané : | <input type="checkbox"/> sain | | <input type="checkbox"/> dermabrasion / escarre | | |
| Alimentation : | <input type="checkbox"/> normale | <input type="checkbox"/> avec aide | Texture : <input type="checkbox"/> normale | <input type="checkbox"/> hachée | <input type="checkbox"/> mixée |
| Etat psychique : | <input type="checkbox"/> agité | | <input type="checkbox"/> dément | | |
| | <input type="checkbox"/> agressif | | <input type="checkbox"/> risque suicidaire | | |
| | <input type="checkbox"/> désorienté | | <input type="checkbox"/> trouble de la mémoire | | |

En cas de programmation de consultation ou d'examen pour convenance personnelle pendant l'hospitalisation, le transport sera à la charge du patient (conformément à la Réforme des transports entrée en vigueur le 01 octobre 2018).

Signature et tampon du médecin adresseur :