**DOSSIER MEDICAL DE PRE ADMISSION**

**CENTRE DE JOUR ADULTES**

Coordonnées :

Psychiatres Coordonnateurs Docteur, vous faites une demande d’admission au sein de l’hôpital de jour de

Dr B. ELBAZE la Clinique des Trois Cyprès pour l’un de vos patients. Des éléments médicaux

Dr P. BARDIN et administratifs sont indispensables pour valider l’hospitalisation de votre patient.

Equipe soignante : Nous vous remercions d’y joindre obligatoirement une copie de :

Psychologues l’attestation de sécurité sociale

J. MARTIN-TUR NB : le patient doit bénéficier d’une prise en charge à 100%

A. LE DOUJET la carte de mutuelle ou complémentaire santé

 la carte d’identité

Cadre de santé

S. AZOULAY

 Pour toute demande de renseignements vous pouvez joindre le secrétariat ou

IDE Coordinatrice l’équipe soignante.

A.MAGNE

IDENTITE DU PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone : Courriel :

04.91.19.20.31

IDE

L. MARINIER

04.91.19.20.32

Secrétariat :

04.28.63.16.01

Fax : 04.91.19.20.21

Identité du médecin adresseur

Nom : Prénom :

Etablissement/Cabinet :

Téléphone : Courriel :

Date d’admission souhaitée : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date d’admission prévue : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Volet médical : à remplir par le médecin adresseur**

*Merci de joindre la dernière ordonnance médicamenteuse en date.*

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ETAT PSYCHIQUE ET COMPORTEMENTAL ACTUEL**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTS**

* Somatiques (médicaux/chirurgicaux) :
* Chirurgicaux :
* Pathologies chroniques (BPCO, transplantation, diabète, insuffisance rénale/cardiaque/respiratoire)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Allergie(s) : | * Non
 | * Oui, lesquelles :
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Risque médicamenteux :  | * Non
 | * Oui, surveillance particulière :
 |
| Risque suicidaire :  | * Non
 | * Oui
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Risque d’agressivité : | * Non
 | * Hétéro agressivité
 | * Auto agressivité
 |
| Risque nutritionnel | * Non
 | * Oui, lesquels :
 |  IMC : |

**SUIVI ACTUEL**

|  |  |
| --- | --- |
| Psychiatre actuel : | Médecin généraliste :  |

**PROJET DU PATIENT EN HDJ ADULTES**

Motif d’hospitalisation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Objectifs de la prise en charge :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Attentes et besoins du patient :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VALIDATION MEDICALE**

Date : Signature :

Nom et prénom : Cachet :

**Volet administratif et social : à remplir par le patient**

**IDENTITE DU PATIENT**

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

**IDENTITE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE / LA PERSONNE A PREVENIR**

Personne de confiance : Téléphone :

Personne à prévenir : Téléphone :

**DROITS SECURITE SOCIALE / MUTUELLE**

N° de sécurité sociale : Nom de la caisse d’assurance maladie :

Couverture maladie :

|  |  |
| --- | --- |
| * CMU Fin de validité :
 |  |
| * AME
 | * ALD
 |

Nom de la mutuelle santé complémentaire :

Numéro d’immatriculation : Fin de validité :

Protection juridique

|  |  |
| --- | --- |
| * Néant
 | * Curatelle
 |
| * Tutelle
 | * Curatelle renforcée
 |

Nom :

Adresse : Téléphone/Courriel :

**SITUATION FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE**

Situation familiale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Marié(é)
 | * Pacsé(e)
 | * En concubinage
 |
| * Divorcé(e)
 | * Veuf(ve)
 | * Célibataire
 |

Situation professionnelle

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Emploi actuel :
 | * Chômage
 | * RSA
 |
| * Arrêt de travail, depuis le :
 | * Etudiant(e)
 | * Invalidité
 |

Ressources financières :

|  |  |
| --- | --- |
| * AAH
 | * Pension d’invalidité
 |
| * APL
 | * Autre :
 |

Logement actuel :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Maison
 | * Foyer de vie / logement
 | * Sans domicile
 |
| * Appartement
 | * Appartement thérapeutique
 | * Hébergé(e) par un proche
 |

**LIBRE CHOIX DU TRANSPORT SANITAIRE**

*Vous allez être hospitalisé(e) au sein de notre établissement, si votre état de santé le nécessite, le médecin pourra prescrire un transport en véhicule sanitaire (CIRCULAIRE DHOS/SDO/01/2003/N°277 du 10 juin 2003 relative aux relations entre établissement de santé, publiques et privés et transporteurs sanitaires privés) pour les trajets entre votre domicile et l’hôpital de jour.*

*Les frais occasionnés ne sont pas à la charge de l’établissement.*

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifie avoir été informé(e) de ma liberté de choix en cas de recours à un transporteur sanitaire pour mon retour à domicile.

* Je décide de m’organiser seul pour mon mode d’acheminement.
* Je demande à l’établissement d’organiser mon transport.

Signature du patient :