

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

DOSSIER MÉDICAL

(À remplir par le Médecin)

1. IDENTIFICATION DU PATIENT

Madame

Monsieur

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :

Lieu de naissance : Nationalité :

Adresse personnelle ou domiciliation :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

2. IDENTIFICATION DU MÉDECIN OU DE L'ÉTABLISSEMENT ADRESSEUR

Nom : Prénom :

Fonction : Établissement :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone : E-Mail :

Date de la demande : Date d'entrée souhaitée :

3. MOTIF DE LA DEMANDE DE SÉJOUR

.....

.....

.....

Date : _____

Signature du médecin

Cachet professionnel (obligatoire)

HISTOIRE DE LA MALADIE

1. DATE DU DEBUT DES TROUBLES, CARACTERISTIQUES :

.....

.....

.....

.....

.....

2. ÉVOLUTION :

.....

.....

.....

.....

.....

3. HOSPITALISATION

DATES	DURÉES	MOTIF D'HOSPITALISATION

BILAN MÉDICAL PSYCHIATRIQUE

1. LORS DE LA DERNIERE HOSPITALISATION

Date d'entrée :

Mode d'hospitalisation :

- Soins psychiatriques sur décision du Représentant de l'État (SDRE)
- Soins liés à la demande d'un tiers
- Soins libres

Motifs d'hospitalisation :

.....
.....
.....
.....
.....

Traitements engagés :

.....
.....
.....
.....
.....

2. DIAGNOSTIC ACTUEL

Diagnostic :

.....
.....
.....
.....
.....

Comportements et attitudes caractéristiques:

.....
.....
.....
.....
.....

Description de la personnalité :

.....
.....
.....
.....
.....

3. SYNTHÈSE DE L'HISTOIRE DU PATIENT ET DE SA MALADIE

Synthèse :

.....
.....
.....
.....
.....

BILAN MÉDICAL SOMATIQUE

1. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Cardio-vasculaires :

Respiratoires :

Métaboliques :

- HTA :
- Diabète :

Sensoriels (auditifs, visuels) :

Neurologique :

2. ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

Orthopédique :

.....

.....

.....

.....

3. ALLERGIES

.....

.....

4. RÉGIME ALIMENTAIRE EN COURS

.....
.....

5. ADDICTIONS

Oui

Non

Produit :
.....
.....

Date de sevrage :

Qualité de sevrage :

6. PATHOLOGIES ET/OU RISQUES NÉCESSITANT UNE SURVEILLANCE PARTICULIÈRE

.....
.....

Quel type de surveillance ?

.....
.....
.....

TRAITEMENTS EN COURS

1. TRAITEMENT PSYCHOTROPE

.....
.....
.....
.....
.....

2. TRAITEMENT À VISÉE SOMATIQUE

.....
.....
.....
.....
.....

PROJET THÉRAPEUTIQUE

1. INFORMATION DONNÉES AU PATIENT

Sur sa maladie :

Sur son traitement :

2. TYPE DE SÉJOUR DEMANDÉ

- Consolidation d'une amélioration, transition entre l'hospitalisation et la reprise de la vie ordinaire (durée 1 à 3 mois)
- Réhabilitation psychosociale (durée 3 mois à 1 an)

3. OBJECTIF DU SÉJOUR / PROJET DE SOINS

.....

.....

.....

.....

.....

4. MODALITÉS DE SORTIES / PROJETS

.....

.....

.....

.....

.....

COORDONNÉES DES CORRESPONDANTS

Personne à prévenir :

Lien de parenté :

Téléphone :

Adresse :

.....

Structure qui assurera le relais de soins :

Psychiatre qui assurera le relais de soins :

Médecin traitant / généraliste :

Autre :

DOSSIER SOCIAL

À remplir par l'Assistante Sociale

1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS COMPLEMENTAIRES

Situation de famille :

Adresse de la famille :

.....

.....

Organisme de prise en charge :

Numéro de sécurité sociale :

Caisse : Mutuelle ou CMUC :

Ressource :

Organismes allouant les ressources :

2. IDENTIFICATION DE L'ASSISTANTE SOCIALE ADRESSEUR

Nom : Prénom :

Téléphone : Mail :

3. MESURE DE PROTECTION

Type de protection :

Nom et adresse :

.....
.....
.....

Date et décision MDPH :

.....
.....
.....

4. SCOLARITÉ

Niveau d'étude : Formation :

Diplômes éventuels :

.....
.....
.....

5. SITUATION PROFESSIONNELLE

Profession actuelle :

.....
.....

Expérience professionnelles :

.....
.....

6. DÉMARCHES EN COURS

.....
.....
.....
.....
.....
.....