

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION HOSPITALISATION DE JOUR

DOSSIER MÉDICAL

(À remplir par le Médecin)

Afin de répondre à votre demande et faciliter la prise en charge de votre patient au Centre de Jour, nous vous remercions de remplir ce dossier de pré – admission.

Nous vous demandons d'y joindre obligatoirement une copie de :

- l'attestation de sécurité sociale
- la carte de mutuelle ou complémentaire santé
- la carte d'identité
- Une copie du compte-rendu d'hospitalisation et de l'ordonnance en cours
- Une lettre de motivation du patient

Pour toute demande de renseignements n'hésitez pas à nous contacter aux coordonnées ci-dessous :

Clinique Saint-Clément-de-Rivière – Hôpital de jour
115 Avenue de Saint-Sauveur - 34980 Saint-Clément-de-Rivière
Tel : 04 67 14 76 76 – Fax : 04 67 14 76 77 – email : hdj@clinique-st-clement.fr

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 ADRESSEUR

Nom : Prénom :

Etablissement :

Adresse :

Code postal : Ville :
Téléphone : E-Mail :
Date d'admission souhaitée :

3. IDENTIFICATION DU PSYCHIATRE REFERENT

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : E-Mail :

4. ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE DELIVRANT LA PRISE EN CHARGE

Nom de l'organisme :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : E-Mail :
Nom et Prénom de l'assuré :
Numéro d'immatriculation :

5. COUVERTURE MALADIE

CMU : oui non

Fin de validité : / /

AME : oui non

ALD : oui non

6. MUTUELLE SANTE COMPLEMENTAIRE

Nom de l'organisme :
Fin de validité : / /
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : E-Mail :
Nom et Prénom de l'assuré :
Numéro d'immatriculation :

7. PROTECTION JURIDIQUE

Non Tutelle Curatelle Curatelle renforcée

Nom :
Adresse :

Code postal : Ville :
Téléphone : E-Mail :

8. SITUATION FAMILIALE

- Marié (e) Célibataire PACS Concubinage Veuf (ve) Divorcé (e)
 Enfant(s) à charge : Personne à charge :
 Fratrie : Place dans la fratrie :

9. SITUATION PROFESSIONNELLE

- Emploi actuel :
 Chômage Arrêt de travail Sans Emploi Retraité
 Invalidité : Autre :

10. SITUATION FINANCIERE

- Ressource :
 AAH Pension invalidité Autre :

11. LOGEMENT ACTUEL

- Maison Appartement Milieu urbain Campagne
 Foyer / Hôtel Sans domicile Hébergement chez un proche

12. PERSONNE A PREVENIR

- Monsieur Madame Mademoiselle

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

PERSONNE DE CONFIANCE

- idem personne à prévenir ou

- Monsieur Madame Mademoiselle

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

FICHE MÉDICALE

1. ANTEDECENTS

Médicaux :

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

Allergies :

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

Handicaps physiques, Présence d'un appareillage :

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

Chirurgicaux :

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

Psychiatriques :

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

2. HISTOIRE DE LA MALADIE

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

3. TRAITEMENT ACTUEL

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

4. ETAT PSYCHOPATHOLOGIQUE ET COMPORTEMENT ACTUEL

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

PROJET DU PATIENT AU CENTRE DE JOUR

1. ATTENTES EXPRIMEES PAR LE PATIENT

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

2. BESOINS IDENTIFIES PAR L'ADRESSEUR

- Sociabilisation
- Hygiène et gestion du quotidien
- Observance du traitement
- Développement des habiletés sociales
- Affirmation de soi
- Prévention des rechutes (alcool, cannabis)
- Remédiation cognitive
- En attente d'une admission en hospitalisation
- Séjour de rupture
- Autre :

Date :