

## 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](mailto: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 : .....