

DEMANDE D'ADMISSION

Nom d'usage :

Prénom(s) :

Nom de naissance :

Né(e) le :

Homme Femme

Téléphone portable :

Adresse :

Téléphone domicile :

E-Mail :

Demande urgente : oui

non

Pour : Hospitalisation complète Hospitalisation de jour Hospitalisation de nuit

Nom du médecin demandeur :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Nom et coordonnées du psychiatre traitant :

Motif de la demande :

Histoire de la maladie :

Signes cliniques :

<u>Antécédents Psychiatriques :</u>	<u>Antécédents Somatiques :</u>
<u>Antécédents addictologiques :</u>	<u>Allergie(s) :</u>

DEMANDE D'ADMISSION

Régime :

Normal : oui non précisez

Diagnostic principal :

Diagnostics associés :

Statut familial et Entourage :

Profession :

Mesure de protection juridique :

Oui Non En cours

Si oui, laquelle :

Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

Devenir à la sortie :

Domicile

Autre (précisez)

Date de la demande

Signature et cachet du médecin

Pour toute demande joindre :

- Une copie de la dernière ordonnance médicale
- Une copie du dernier bilan sanguin datant de moins de 2 mois.
 - La grille AGGIR renseignée
 - Une copie des derniers examens
 - Une photocopie carte mutuelle