

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION EN PSYCHIATRIE

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Date de la demande :	<input type="text"/>	Adresse :	<input type="text"/>
Nom :	<input type="text"/>	Téléphone :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>		
Date de naissance :	<input type="text"/>	Langues parlées :	<input type="text"/>
Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
Classe d'assurance : Base <input type="checkbox"/> Demi privé <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/>			
Assurance :	<input type="text"/>		
N° assuré :	<input type="text"/>		

RENSEIGNEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

Entourage social :	<input type="text"/>	Logement assuré à la sortie (oui/non) :	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	---	----------------------

Motif de l'admission :

Objectifs de l'hospitalisation :

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION EN PSYCHIATRIE

Traitement actuel (y compris somatique) :

Antécédents psychiatriques :

Antécédents somatiques et comorbidités :

AUTONOMIE ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

	Autonome	Aide partielle	Aide totale
Repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilité (dont escaliers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si «aide partielle» ou «aide totale», préciser :

Consommation problématique de toxiques : Oui Non

Si oui, préciser :

Appareillage ou équipement spécifique (ex oxygène, stomie, CIPAP, fauteuil roulant...) :

Commentaires (durée d'hospitalisation souhaitée, etc...)

Examens et consultations médicales prévus :

Timbre et signature
du service du médecin-demandeur