

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION EN PSYCHIATRIE

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Date de la demande :

Nom :  Adresse :

Prénom :  Téléphone :

Date de naissance :  Langues parlées :

Sexe : F ☐ M ☐

Classe d'assurance : Base ☐ Demi privé ☐ Privé ☐

Assurance :  N° assuré :

Nom du psychiatre traitant si autre que demandeur :

Suivi en cours depuis le :  Si rupture de suivi, depuis le :

Nom du médecin traitant :

Demande : Urgente ☐ Semi-urgente ☐ Non urgente ☐

### RENSEIGNEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

Mesures : Curatelle ☐ PAFA suspendu ☐ Autre ☐

Entourage social :

Logement assuré à la sortie : Oui ☐ Non ☐

Facteurs de crise et mesures prises avant l'hospitalisation :

Objectifs de l'hospitalisation :

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION EN PSYCHIATRIE

Anamnèse personnelle :

Idées suicidaires : Oui ☐ Non ☐

Engagement à faire appel : Oui ☐ Non ☐

Diagnostics :

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Troubles mentaux organiques (F00-09)  | <input type="checkbox"/> |
| Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-19) | <input type="checkbox"/> |
| Schizophrénie, trouble schizophrénique et troubles délirants (F20-29)                                   | <input type="checkbox"/> |
| Troubles de l'humeur (F30-39) : unipolaire bipolaire  | <input type="checkbox"/> |
| Troubles somatoformes (F40-49)  | <input type="checkbox"/> |
| Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-69)                                   | <input type="checkbox"/> |
| Retard mental (F70-79)  | <input type="checkbox"/> |
| Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (F90)                                      | <input type="checkbox"/> |
| Autre : .....   |                          |

Traitement actuel (y compris somatique) :

Antécédents psychiatriques :

Antécédents hétéro-agressifs :

Antécédents somatiques et comorbidités :

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION EN PSYCHIATRIE

### AUTONOMIE ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Autonome      Oui ☐    Non ☐

Aide partielle    Oui ☐    Non ☐

Aide complète    Oui ☐    Non ☐

Consommation de toxiques :    Oui ☐    Non ☐

Si oui, préciser ci-dessous et faire signer le contrat de soin en annexe et le joindre à la demande d'admission :

Alcool ☐      Cannabis ☐      Cocaïne ☐      Héroïne ☐      Autre ☐

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

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

Examens et consultations médicales prévus :

Timbre et signature  
du service du médecin-demandeur