

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)

Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-19)

Schizophrénie, trouble schizophrénique et troubles délirants (F20-29)

Troubles de l'humeur (F30-39) : unipolaire bipolaire

Troubles somatoformes (F40-49)

Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-69)

Retard mental (F70-79)

Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (F90)

Autre :

Traitements actuels (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 :

Timbres et signature
du service du médecin-demandeur