

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION EN PSYCHIATRIE

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Date de la demande :

Nom : Adresse :

Prénom : Téléphone :

Date de naissance : E-mail :

Sexe : F ☐ M ☐ Langues parlées :

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 : | |

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 ☐

Autres informations :

Examens et consultations médicales prévus :

Avec ce formulaire d'admission, nous vous prions de bien vouloir prescrire à votre patient.e le bilan sanguin que vous trouverez ci-après.

Timbre et signature
du service du médecin-demandeur

BILAN SANGUIN À EFFECTUER AVANT L'ADMISSION

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :

HÉMATOLOGIE

- Hémogramme complet : hémoglobine, hématocrite, érythrocytes, indices érythrocytaires (MCV, MCH, MCHC), leucocytes, plaquettes et volume moyen plaquettaire (MPV)
- TP, TCA

ÉLECTROLYTES ET MÉTABOLISME MINÉRAL

- Sodium
- Potassium
- Chlorure
- Bicarbonates
- Calcium total et calcul du calcium corrigé pour l'albumine
- Magnésium
- Phosphates
- Sélénium
- Cuivre
- Zinc

FONCTION RÉNALE ET MÉTABOLITES

- Créatinine (avec calcul du DFGe / eGFR selon CKD-EPI et MDRD)
- Urée

BILAN ENZYMATIQUE ET HÉPATIQUE

- ALAT
- ASAT
- GGT
- Phosphatase alcaline
- LDH
- Amylases pancréatiques et lipases, si traitement par Glp1

BILAN ENZYMATIQUE ET HÉPATIQUE

- ALAT
- ASAT
- GGT
- Phosphatase alcaline
- LDH
- Amylases pancréatiques et lipases, si traitement par Glp1

GLUCIDES

- Glucose
- Hba1c
- Homa

PROTÉINES ET MARQUEURS INFLAMMATOIRES

- Protéines totales
- Albumine
- CRP

BILAN SANGUIN À EFFECTUER AVANT L'ADMISSION

BILAN MARTIAL

- Ferritine
- Coef de sat transferine
- Fer serique

STATUT VITAMINIQUE

- Vitamine B9 (folates)
- Vitamine B12
- Vitamine D (25-OH-Vitamine D2+D3)

BILAN THYROÏDIEN

- TSH
- T4 libre
- T3 libre

DOSAGE MÉDICAMENTEUX

- Psychotropes en cours

Date :

Timbre et signature
du service du médecin-demandeur

La copie des résultats est à adresser par e-mail à metairie.secretariat@hin.ch