

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

A REMPLIR PAR VOS SOINS AVEC L'AIDE DE VOTRE MEDECIN
(TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITE)

Tél : 04 67 07 86 86 Fax : 04 67 07 86 99 Mail : secretariat.medical@cl-smv.fr

DOCUMENTS OBLIGATOIRES :

- ❖ Lettre de motivation du patient
- ❖ Compte-rendu d'hospitalisation du médecin
- ❖ Dernière ordonnance
- ❖ Derniers bilans biologiques et ECG (<1an)

IDENTIFICATION DU PATIENT ET DONNEES GENERALES

Nom : Prénom : Date de naissance : ... / ... / ...
Lieu de naissance : N° Assuré Social :
Adresse (lieu de vie) :
Mail : Tél :
Situation familiale : Célibataire Marié/PACSE Divorcé, Enfant : Oui Non
Etes-vous hébergé chez un tiers (parents, famille, amis, etc) :
Couverture sociale : Oui Non CMU ALD
Responsabilité civile :
Nom de la compagnie d'assurance : N° d'assurance :
Mesure de protection : Curatelle simple Curatelle renforcée Tutelle
Coordonnées du tuteur, curateur et/ou organisme:
.....
Ressources (IJ, RSA, etc.) :
Orientations MDPH: AAH, RQTH, SAMSAH, SAVS, Autres :

MEDECIN TRAITANT et PSYCHIATRE

Nom du médecin traitant : Tél :
Adresse :
Date du dernier RDV de suivi :
Nom du psychiatre : Tél :
Adresse :

MEDECIN OU ETABLISSEMENT DEMANDEUR

Nom du demandeur (préciser médecin généraliste, psychiatre traitant ou autre) :
.....
Tél :
Adresse :
Date de la demande :

PHARMACIE

Nom de la Pharmacie de ville habituelle :
Adresse :

DOSSIER MEDICAL

Motif d'admission :
.....
Risque suicidaire : Oui Non

Histoire de la maladie ancienne et récente (Anamnèse, hospitalisations antérieures)
JOINDRE COURRIER et COMPTES RENDUS D'HOSPITALISATION

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents personnels	Antécédents familiaux
- Psychiatriques : - Médicaux : - Chirurgicaux : <input type="checkbox"/> Aucun antécédent médical <input type="checkbox"/> Aucun antécédent chirurgical	
Antécédents judiciaires	Allergies
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Soins sous contrainte en cours : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez :
Addictions	
Alcool : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Tabac : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Cannabis : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Jeux : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres :	

TRAITEMENTS (EN COURS ET A POURSUIVRE, NOM ET POSOLOGIE) ou ORDONNANCE COMPLETE

Traitement psychiatrique	Traitement somatique
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
<input type="checkbox"/> Aucun traitement psychiatrique	<input type="checkbox"/> Aucun traitement somatique
Besoin de matériel médical	

Date :	Cachet et signature du demandeur :