

**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

Joindre : **Lettre de motivation du patient, dernière ordonnance/si possible bilan bio 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

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"/> <b>Aucun antécédent médical</b> <input type="checkbox"/> <b>Aucun antécédent chirurgical</b>	
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"/> <b>Aucun traitement psychiatrique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Aucun traitement somatique</b>
Besoin de matériel médical	

Date :	Cachet et signature du demandeur :