

DOSSIER DE PRE-ADMISSION EN HOSPITALISATION DE JOUR
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 : secmed@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 :
 Nom du psychiatre : Tél :
 Adresse :

MEDECIN OU ETABLISSEMENT DEMANDEUR

Nom du demandeur : Tél :
 Adresse :
 Date de la demande :

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 :