

## DEMANDE D'HOSPITALISATION

### CONFIDENTIEL

Nom du Médecin destinataire :

Nom – adresse du patient :

.....

.....

.....

.....

TEL :.....

Date de naissance.....

Il vous est demandé de renvoyer impérativement cette demande dûment complétée, et adressée au Médecin Spécialiste de votre choix de la **Clinique du Littoral**.

Des renseignements complémentaires qui risquent de retarder l'admission de votre patient vous seront demandés si vous effectuez la présente DEMANDE D'HOSPITALISATION de façon incomplète ou succincte

**HISTOIRE DE LA MALADIE ET ETAT ACTUEL DU MALADE :** *(en spécifiant les antécédents personnels et familiaux)*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

<b>COMPORTEMENTS</b>	<input type="radio"/> ACTUEL	<b>ALCOOLISME</b>	<input type="radio"/> ACTUEL	<b>TOXICOMANIE</b>	<input type="radio"/> ACTUEL
<b>ANTI-SOCIAUX</b>	<input type="radio"/> ANCIEN		<input type="radio"/> ANCIEN		<input type="radio"/> ANCIEN
	<input type="radio"/> ABSENT		<input type="radio"/> ABSENT		<input type="radio"/> ABSENT

**AUTONOMIE DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE :**.....

.....

**REGIME ALIMENTAIRE :**.....

**POIDS :**..... **TAILLE :**.....

**ANTECEDENTS – AFFECTIONS ASSOCIEES :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....T SVP

**NOM DU MEDECIN TRAITANT ET SPECIALISTES :**

.....

.....

.....

.....

**APTITUDE DU PATIENT AUX ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES ET AUX SOINS HYDROTHERAPEUTIQUES :**     oui    non

**OBJECTIFS DU SEJOUR :** .....

.....

.....

**SITUATION SOCIALE :**

**Lieu de vie et hébergement à la sortie**.....

**Démarches sociales en cours :**  oui    non   si oui lesquels.....

.....

**Besoins identifiés :**  oui    non   si oui lesquels.....

.....

**Mesures de protection de biens :**     curatelle    tutelle    sauvegarde de justice  
**dans ce cas merci d'indiquer le nom prénom et coordonnées de la personne à contacter :**

.....

.....

.....

**AFIN DE POUVOIR POURSUIVRE A LA CLINIQUE LES TRAITEMENTS QUE VOUS AVEZ INSTAURES,  
MERCİ DE LISTER LES TRAITEMENTS EN COURS ET DE PREVENIR LE PATIENT D'APPORTER SES  
ORDONNANCES EN COURS**

**TRAITEMENTS EN COURS :**

TRAITEMENT SOMATIQUE	TRAITEMENT PSYCHOTROPE

Nom adresse et **téléphone** du médecin demandeur :

.....  
.....  
.....  
.....

Le

Signature