

DEMANDE D'HOSPITALISATION

CONFIDENTIEL

Nom du Médecin destinataire souhaité :

- HOSPITALISATION COMPLETE
- Dr Jean-Luc DAMELINCOURT
 - Dr Olivier DESABLIN
 - Dr Sylvie DUJARDIN
 - Dr Jean-Michel PAILLEUX

HOSPITALISATION DE JOUR

- Dr Antoine MORTIER

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

.....

Tél :

Date de naissance.....

Profession.....

Régime de protection: tutelle curatelle SJ

ALD oui non si oui fournir volet 3

MOTIF DE LA DEMANDE/ ATTENTES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RENSEIGNEMENTS

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES :

.....

.....

.....

ANTECEDENTS SOMATIQUES :

.....

.....

.....

CONDUITES D'APPETENCES CONNUES :

.....

.....

.....

AUTONOME DANS LA VIE QUOTIDIENNE OUI NON

SI NON, DIFFICULTES RENCONTREES :

.....

.....

.....

.....T SVP

REGIME ALIMENTAIRE : NON OUI

SI OUI, LEQUEL :

.....

.....

POIDS :

TAILLE :

**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**

TRAITEMENT SOMATIQUE	TRAITEMENT PSYCHOTROPE

Afin de pouvoir vous informer de la suite donnée à votre demande nous vous remercions de renseigner les éléments ci-dessus :

Nom :

Prénom :

Tél :

Mail sécurisé :

Adresse :

.....

.....

Le

Signature