

DEMANDE D'ADMISSION

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Nom d'usage :

Né(e) le :..... **à**.....

Adresse :

Téléphone portable :

Téléphone domicile :

Demande urgente : **oui** **non**

Pour : Hospitalisation complète Hospitalisation de jour Hospitalisation de nuit

Nom du médecin demandeur :.....

Nom et coordonnées du médecin traitant :.....

Nom et coordonnées du psychiatre traitant :.....

Motif de la demande :

Histoire de la maladie:

Signes cliniques :

<u>Antécédents Psychiatriques</u>	<u>Antécédents Somatiques</u>
	<u>Allergie(s)</u> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Régime :

Normal : oui non précisez.....

DEMANDE D'ADMISSION

Diagnostic principal :

Diagnosics associés :

Statut familial et Entourage :

Mesure de protection juridique :

Oui Non En cours

Si oui, laquelle :

Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

Devenir à la sortie :

Domicile

Autre (précisez)

.....
.....

Date de la demande

Signature et cachet du médecin

Pour toute demande joindre :

- Une copie de la dernière ordonnance médicale
- Une copie du dernier bilan sanguin datant de moins de 2 mois.
 - La grille AGGIR renseignée
 - Une copie des derniers examens
 - Une photocopie carte mutuelle