

## 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 :**

<b><u>Antécédents Psychiatriques</u></b>	<b><u>Antécédents Somatiques</u></b>
	<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