

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION EN PSYCHIATRIE

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Date de la demande :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : F M

Classe d'assurance : Base Demi privé Privé

Assurance :

N° assuré :

Adresse :

Téléphone :

RENSEIGNEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

Entourage social :

Logement assuré à la sortie (oui/non) :

Motif de l'admission :

Objectifs de l'hospitalisation :

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION EN PSYCHIATRIE

Traitement actuel (y compris somatique) :

Antécédents psychiatriques :

Antécédents somatiques et comorbidités :

AUTONOMIE ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Autonome Oui Non

Aide partielle Oui Non

Aide complète Oui Non

Consommation de toxiques : Oui Non

Si oui, préciser :

Appareillage ou équipement spécifique (ex oxygène, stomie...) :

Commentaires (durée d'hospitalisation souhaitée, etc...)

Timbre et signature
du service du médecin-demandeur