

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION EN PSYCHIATRIE

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Date de la demande :	<input type="text"/>	Adresse :	<input type="text"/>
Nom :	<input type="text"/>	Téléphone :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>		
Date de naissance :	<input type="text"/>	Langues parlées :	<input type="text"/>
Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
Classe d'assurance : Base <input type="checkbox"/> Demi privé <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/>			
Assurance :	<input type="text"/>		
N° assuré :	<input type="text"/>		

### RENSEIGNEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

Entourage social :	Logement assuré à la sortie (oui/non) :
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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...)

Examens et consultations médicales prévus :

Timbre et signature  
du service du médecin-demandeur