

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