

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION EN PSYCHIATRIE

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Date de la demande :

Adresse :

Nom :

Téléphone :

Prénom :

Date de naissance :

Langues  
parlées :

Sexe : F  M

Classe d'assurance : Base  Demi privé  Privé

Assurance :

N° assuré :

### 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	Aide partielle	Aide totale
Repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilité (dont escaliers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si «aide partielle» ou «aide totale», préciser :

Consommation problématique de toxiques :    Oui     Non

Si oui, préciser :

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

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

Examens et consultations médicales prévus :

Timbre et signature  
du service du médecin-demandeur