

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION A L'USTR

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Date de la demande :		Adresse :	
Nom :		Téléphone :	
Prénom :		E-mail :	
Date de naissance :		Langues :	
Sexe : F ☐ M ☐			
Classe d'assurance : Base ☐ Demi privé ☐ Privé ☐			
Assurance :		N° assuré :	

CRITERES D'ADMISSION

Patient majeur ☐ Absence de trouble majeur du comportement ☐ Au moins 2 traitements de 1^{ère} ligne essayés ☐

DONNEES CLINIQUES

Diagnostic principal : Trouble dépressif ☐ Trouble bipolaire ☐ Schizophrénie ☐ Trouble obsessionnel compulsif ☐

Anamnèse (préciser notamment l'âge de début des troubles, la date du diagnostic, le nombre d'épisodes antérieurs, le nombre d'hospitalisations antérieures avec ou sans consentement) :

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION A L'USTR

Comorbidités psychiatriques : Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquelles ?

Prises de toxiques : Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels ?

☐ Tabac ☐ Alcool ☐ Cannabis ☐ Cocaïne ☐ Héroïne ☐ MDMA ☐ Autres

Préciser quantité, fréquence, forme et si « Autres » coché, la substance :

Antécédents neurologiques : Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels ?

Traitements en cours ?

Antécédents endocrinologiques : Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels ?

Traitements en cours ?

Antécédents auto-immuns : Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels ?

Traitements en cours ?

Autres antécédents médicaux : Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels ?

Traitements en cours ?

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION A L'USTR

TRAITEMENTS

Traitements pharmacologiques actuels (*préciser les molécules, la posologie, la date d'instauration et le taux plasmatique si réalisé*) :

Traitements pharmacologiques antérieurs :

1. Molécule :
Date d'introduction :
Posologie maximale :
Taux plasmatique :
Durée :
2. Molécule :
Date d'introduction :
Posologie maximale :
Taux plasmatique :
Durée :
3. Molécule :
Date d'introduction :
Posologie maximale :
Taux plasmatique :
Durée :
4. Molécule :
Date d'introduction :
Posologie maximale :
Taux plasmatique :
Durée :
5. Molécule :
Date d'introduction :
Posologie maximale :
Taux plasmatique :
Durée :

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION A L'USTR

Traitements psychothérapeutiques antérieurs :

TCC : Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser la date d'initiation, le nombre de séances réalisées et le niveau d'adhésion du patient :

Autre : Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser le type, la date d'initiation, le nombre de séances réalisées et le niveau d'adhésion du patient :

Programme de remédiation cognitive antérieur : Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser le programme, la date d'initiation et le niveau d'adhésion du patient :

Autres traitements essayés : ☐ ECT ☐ rTMS ☐ tDCS ☐ Luminothérapie ☐ Autres

Préciser la date, le nombre de sessions et si « Autres » coché, le type de traitement :

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Neuroimagerie : ☐ IRM cérébrale ☐ TDM cérébrale ☐ EEG

Si une case cochée, joindre le rapport et préciser la date :

Bilan neuropsychologique : Oui ☐ Non ☐

Si oui, joindre le rapport et préciser la date :

Polysomnographie : Oui ☐ Non ☐

Si oui, joindre le rapport et préciser la date :

Analyse pharmacogénétique : Oui ☐ Non ☐

Si oui, joindre le rapport et préciser la date :

DIVERS

Autonomie actes de la vie quotidienne : ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide complète

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

Si oui, préciser :

Commentaires :

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION A L'USTR

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Service :

Nom du médecin :

Téléphone :

E-mail :

Merci de joindre à la demande tout compte-rendu d'hospitalisation, de consultation et rapport d'examen pertinents.

Timbre et signature