

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION EN PSYCHIATRIE

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Date de la demande :

Nom :

Adresse :

Prénom :

Téléphone :

Date de naissance :

Langues parlées :

Sexe : F M

Classe d'assurance : Base Demi privé Privé

Assurance :

N° assuré :

Nom du psychiatre traitant si autre que demandeur :

Suivi en cours depuis le :

Si rupture de suivi, depuis le :

Nom du médecin traitant :

Demande : Urgente Semi-urgente Non urgente

RENSEIGNEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

Mesures : Curatelle PAFA suspendu Autre

Entourage social :

Logement assuré à la sortie : Oui Non

Facteurs de crise et mesures prises avant l'hospitalisation :

Objectifs de l'hospitalisation :

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION EN PSYCHIATRIE

Anamnèse personnelle :

Idées suicidaires : Oui Non

Engagement à faire appel : Oui Non

Diagnostics :

- | | |
|---|--------------------------|
| Troubles mentaux organiques (F00-09) | <input type="checkbox"/> |
| Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-19) | <input type="checkbox"/> |
| Schizophrénie, trouble schizophrénique et troubles délirants (F20-29) | <input type="checkbox"/> |
| Troubles de l'humeur (F30-39) : unipolaire bipolaire | <input type="checkbox"/> |
| Troubles somatoformes (F40-49) | <input type="checkbox"/> |
| Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-69) | <input type="checkbox"/> |
| Retard mental (F70-79) | <input type="checkbox"/> |
| Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (F90) | <input type="checkbox"/> |
| Autre : | |

Traitements actuels (y compris somatique) :

Antécédents psychiatriques :

Antécédents hétéro-agressifs :

Antécédents somatiques et comorbidités :

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION EN PSYCHIATRIE

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 ci-dessous et faire signer le contrat de soin en annexe et le joindre à la demande d'admission :

Alcool Cannabis Cocaïne Héroïne Autre

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

*Contrat de soins pour les patients consommateurs
de substances.*

Patient, Noms/Prénoms:

Médecin envoiteur, Nom/Prénoms:

Le jour de votre arrivée :

Un éthylotest et/ou un test urinaire seront réalisés selon le produit que vous consommez. Cela nous permettra de mieux comprendre votre situation et d'adapter vos traitements de manière sûre et personnalisée.

Concernant l'alcool :

Pour le jour de votre admission, une tolérance jusqu'à 0,5 g/L d'alcool dans le sang est prévue. Si ce seuil est dépassé, nous pourrons vous proposer une nouvelle date d'entrée ou, en fonction de votre état, un accompagnement aux urgences.

Suivi pendant votre séjour :

Un test urinaire sera refait au bout de 15 jours, et des éthylotests seront réalisés de façon ponctuelle et aléatoire afin de vous accompagner au mieux dans votre parcours.

Consommation au sein de la clinique :

Afin de garantir un environnement serein et sécurisé pour tous, il est important de ne pas consommer à l'intérieur de la clinique ni pendant les permissions. Cette règle aide à prévenir tout trouble du comportement et assure la sécurité de chacun, patients et soignants.

Votre participation :

Nous vous demandons de participer aux entretiens médicaux, aux rendez-vous avec les psychologues, ainsi qu'aux groupes et ateliers proposés. Cela fait partie du parcours que nous construisons ensemble pour vous accompagner vers un mieux-être.

Lu et approuvé le :

Signature Patient