

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION HÔPITAL DE JOUR ADOS

À adresser à accueil.hdjados@clinique-bethanie.fr

► **Date de la demande :** _____

► **Coordonnées et informations patient :**

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Genre : _____

Scolarité actuelle : Collège Lycée

Orientation spécialisée

Aménagement scolaire

Adresse domicile : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone du représentant légal : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Mutuelle : _____

Prise en charge ALD : Oui Non

Dossier MDPH : Oui Non

NB : Faire parvenir une copie des documents le cas échéant



► **Contexte de la demande :**

Motif - Objectif de la demande

Anamnèse récente :

Traitement en cours (joindre la dernière ordonnance) :

Antécédents somatiques / psychologiques (personnels et familiaux) :

Historique traitement :

► **Observations cliniques :**

Présentation

- Thymie avec évaluation du risque suicidaire :

- Anxiété (spécifique, TAG, sociale, TOC...) :

- Troubles du comportement (TDAH, TOP, troubles des conduites, automutilations...) :

- Social (relations famille, amis...) :

- Symptômes positifs (hallucinations / idées délirantes) :

• Désorganisation :

• Conduites instinctuelles (sommeil, TCA, troubles des conduites sexuelles) :

• Toxiques :

Croissance staturo-pondérale :

• Poids : _____

• Taille : _____

• IMC : _____

► **Hypothèses diagnostiques et/ou diagnostic :**

► **Médecin demandeur :**

Nom : _____

Téléphone : _____

Fax : _____

E-mail : _____

DATE ET SIGNATURE