

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION HÔPITAL DE JOUR ADULTES FILIÈRE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE

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

► **Date de la demande :** _____

► **Coordonnées et informations patient :**

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Genre : _____

Adresse domicile : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Mutuelle : _____

Prise en charge ALD : Oui Non

Mesure de protection : Oui Non

Si oui, merci de préciser : _____

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 :

Antécédents :

• Psychiatriques (diagnostics, hospitalisations, tentatives de suicide, etc.) :

• Addictions :

• Somatiques :

• Allergies :

Suivi actuel :

• Médecin généraliste :

• Psychiatre référent :

• Autres :

Traitement en cours :

► **Contre-indication à la prise en soins dans notre unité :**

- Âge inférieur à 18 ans ou supérieur à 65 ans.
- Difficultés d'élaboration ou troubles cognitifs marqués (démence, déficience intellectuelle moyenne à sévère...).
- Handicap moteur important.
- Trouble psychiatrique non stabilisé.
- Personnalité antisociale.
- Trouble du spectre de l'autisme.
- Consommation active de substances entravant la prise en charge psychothérapeutique.

Il faut noter que le suivi médicamenteux du patient reste sous le contrôle de son médecin traitant et/ou de son psychiatre référent.

Par ailleurs, la nécessité de prescription médicale de transport est évaluée par le médecin demandeur.

► **Médecin demandeur :**

Nom : _____

Téléphone : _____

Fax : _____

E-mail : _____

DATE ET SIGNATURE