

## DOSSIER DEMANDE D'ADMISSION HÔPITAL DE JOUR ADOLESCENTS **PARCOURS INTERLUDE**

À adresser à [accueil.hdjados@clinique-bethanie.fr](mailto:accueil.hdjados@clinique-bethanie.fr)

Ce document confidentiel est à remplir par le professionnel libéral à l'origine de la demande : médecin traitant ou psychiatre.  
Merci de votre contribution.

► **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 : \_\_\_\_\_

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*



► **Coordonnées et informations représentant légal :**

**MÈRE DU PATIENT**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse domicile : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Accord pour les soins : Oui  Non

**PÈRE DU PATIENT**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse domicile : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Accord pour les soins : Oui  Non

**AUTRE TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE DU PATIENT**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse domicile : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Accord pour les soins : Oui  Non

► **Motif de la demande :**

**Histoire récente des troubles**

**Antécédents personnels**

- Psychiatriques
  
- Psychologiques
  
- Somatiques

**Antécédents familiaux psychiatriques**

Risque de fugue : Oui  Non

Risque suicidaire : Oui  Non

Traitement en cours : Oui  Non

Si oui, merci de préciser :

**Mesure éducative / Privée :**

Prénom et nom de l'éducateur : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

**Mesure éducative / Administrative (AED - AP) :**

Nom de l'association : \_\_\_\_\_

Prénom et nom de l'éducateur : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

**Mesure éducative / Judiciaire (AEMO - Placement) :**

Nom de l'association : \_\_\_\_\_

Prénom et nom de l'éducateur : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_



► **Professionnels impliqués auprès de l'adolescent :**

**MEDECIN TRAITANT**

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

**PSYCHIATRE TRAITANT**

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

**PSYCHOLOGUE REFERENT**

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

**AUTRES** (Psychomotricien / Orthophoniste)

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

DATE ET SIGNATURE