

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

À adresser à [accueil.hdj@clinique-bethanie.fr](mailto: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 d'un transport médicalisé est évaluée et/ou prescrite par le médecin traitant ou le médecin psychiatre extérieur.**

FILIERE PSYCHIATRIE GENERALE

► **Médecin demandeur :**

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

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

DATE ET SIGNATURE