

## DOSSIER DEMANDE D'ADMISSION HÔPITAL DE JOUR JEUNES ADULTES

**16-25 ANS**

À adresser à [accueil.hdj-ja@clinique-bethanie.fr](mailto:accueil.hdj-ja@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.

### PARTIE ADMINISTRATIVE

► **Date de la demande :** \_\_\_\_\_

► **Coordonnées et informations patient :**

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Genre : \_\_\_\_\_

Formation actuelle :

Activité professionnelle :

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

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, si mineur :**

**PARENT 1**

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

Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Accord pour les soins : Oui  Non

**PARENT 2**

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

Mesure éducative : Oui Non

16-25 ANS

► **Motif de la demande :**

**Histoire récente des troubles**

**Antécédents personnels**

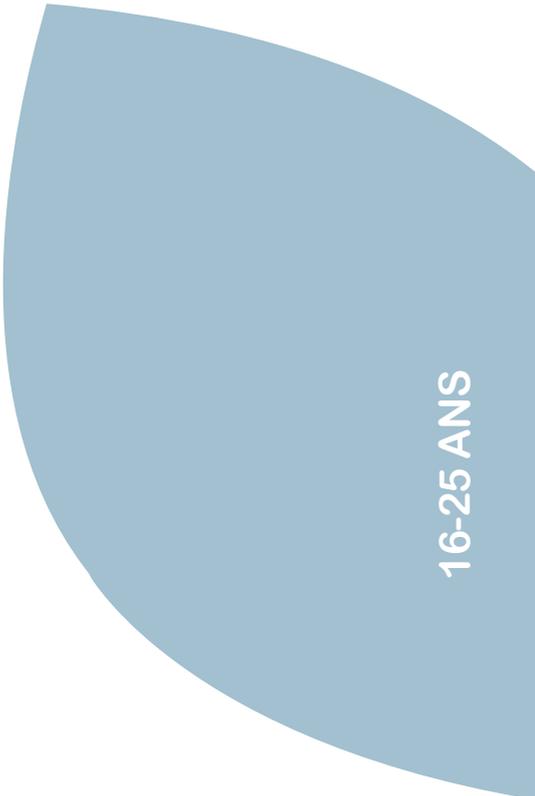
- Psychiatriques
  
- Psychologiques
  
- Addictologiques
  
- Somatiques

**Antécédents familiaux psychiatriques**

Risque suicidaire : Oui  Non

Traitement en cours : Oui  Non

Si oui, merci de préciser :



16-25 ANS

► **Professionnels impliqués auprès du jeune :**

**MEDECIN TRAITANT**

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

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

**PSYCHIATRE TRAITANT**

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

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

**AUTRES** (Addictologue / Psychologue / ...)

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

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

16-25 ANS

DATE ET SIGNATURE