

DOSSIER DEMANDE D'ADMISSION HÔPITAL DE JOUR JEUNES ADULTES

16-25 ANS

À adresser à 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