

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

À adresser à accueil.hdj@clinique-bethanie.fr ou, dans le cas où vous êtes dotés d'une messagerie sécurisée, à secretmed.hdj@clinique-bethanie.mssante.fr
Ce document confidentiel est à remplir par le professionnel à l'origine de la demande.

PARTIE ADMINISTRATIVE

► **Date de la demande :** _____

► **Coordonnées et informations patient :**

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Genre : _____

Situation familiale : _____ Nombre d'enfants : _____ dont à charge : _____

Adresse domicile : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Si vous êtes hébergé(e), merci de nous communiquer les coordonnées et adresse de l'hébergeur.

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



PARTIE MÉDICALE

► 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 :**

- 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.

Le patient devra nous fournir une ordonnance actualisée mensuelle ainsi qu'un certificat médical de non contre-indication à une activité physique après son admission.

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

FILIERE PSYCHIATRIE GENERALE

► **Médecin demandeur :**

Nom : _____

Téléphone : _____

Fax : _____

E-mail : _____

DATE ET SIGNATURE