

## DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION HÔPITAL DE JOUR INFANTO-JUVÉNILE

Ados  Interlude  Benjamin

À adresser à [accueil.hdjados@clinique-bethanie.fr](mailto:accueil.hdjados@clinique-bethanie.fr) ou,  
dans le cas où vous êtes dotés d'une messagerie sécurisée,  
à [secretmed.ados@clinique-bethanie.mssante.fr](mailto:secretmed.ados@clinique-bethanie.mssante.fr)

Ce document confidentiel est à remplir par le professionnel à l'origine de la demande.

► **Date de la demande :** \_\_\_\_\_

► **Coordonnées et informations patient :**

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

Scolarité actuelle :  Collège  Lycée

Orientation spécialisée

Aménagement scolaire

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

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

Téléphone du représentant légal : \_\_\_\_\_

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 :**

PARENT 1

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

Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

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

Accord pour les soins : Oui  Non

PARENT 2

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

Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

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

Accord pour les soins : Oui  Non

AUTRE TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE DU PATIENT

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

Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

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

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 :

Observations cliniques :

► **Mesures éducatives : AED, AP, AEMO, Placement judiciaire**

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 : \_\_\_\_\_

AUTRES (Psychologue / Psychomotricien / Orthophoniste)

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

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

► **Médecin demandeur :**

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

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

DATE ET SIGNATURE

**ANNEXE : à remplir dans le cas d'une demande d'admission en Ados ou en Benjamin Parcours TDAH.**

Croissance staturo-pondérale :

- Poids :
- Taille :
- IMC :
  
- Thymie avec évaluation du risque suicidaire :
  
- Anxiété (spécifique, TAG, sociale, TOC...) :
  
- Trouble du comportement (TDAH, TOP, troubles des conduites, automutilations...) :
  
- Social (relation familial, amis...) :
  
- Symptômes positifs (hallucinations / idées délirantes...) :
  
- Désorganisation :
  
- Conduites instinctuelles (sommeil, TCA, troubles des conduites sexuelles) :
  
- Toxiques :

► **Hypothèses diagnostiques et/ou diagnostic :**

DATE ET SIGNATURE