

Médecins psychiatres de l'unité : Dr M. Groulier - Dr X. Pommereau  
Directrice des soins : Mme Lablé  
Coordinatrice des soins : Mme Desprès

## DOSSIER DEMANDE D'ADMISSION HÔPITAL DE JOUR TCA

### 16-25 ANS

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

Ce document confidentiel est à remplir par le professionnel 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 de naissance :

Nom de d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Genre :

Formation actuelle :

Scolarité :

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

## PARTIE MÉDICALE

► **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