

Dossier de demande d'admission en soins-études

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX À REMPLIR PAR LE MÉDECIN ADRESSEUR

Cette partie est à destination des médecins de l'établissement.

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom

Prénom

Vous souhaitez faire une demande pour une prise en charge en :

Psychiatrie / Santé mentale

ou

Médecine de l'adolescent

Quel type d'hospitalisation demandez-vous :

Soins-études en Hospitalisation de Jour

ou

Soins-études en Hospitalisation Complète

ou

Séjour d'éducation thérapeutique pendant les vacances scolaires (médecine de l'adolescent.e)

ou

Autre :

IDENTITÉ ET COORDONNÉES DE LA PERSONNE CONCERNÉE

Nom

Prénom

Prénom d'usage

Adresse

E-mail

Portable

Fixe

Date de naissance / / à

Nationalité

Sexe : Masculin Féminin

VOS COORDONNÉES (MÉDECIN ADRESSEUR)

Nom

Prénom

Prénom d'usage

Adresse

Messagerie Sécurisée de Santé (MSSanté)

Portable

Fixe

MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION

Un diagnostic a-t-il été posé ? OUI NON

Si oui lequel

Code CIM 10 du diagnostic si défini :

Age de début des troubles motivant la demande d'admission : ans

Age de début de la prise en charge de ces troubles : ans

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

(préciser le suivi et les hospitalisations antérieures avec date et motifs)

Somatiques OUI NON

Si oui, préciser :

Psychiatriques OUI NON

Si oui, préciser :

Passage à l'acte autoagressif OUI NON

Si oui, préciser :

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX :

Somatiques OUI NON

Si oui, préciser :

Psychiatriques OUI NON

Si oui, préciser :

HISTOIRE DE LA MALADIE :

