

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

Code postal

Ville

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

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 :

SYMPTOMATOLOGIE ACTUELLE

Date de l'examen / / 20

Consommation de toxiques : ☐ OUI ☐ NON Si oui, préciser :

Addiction : ☐ OUI ☐ NON Si oui, préciser :

Appareillage : ☐ OUI ☐ NON Si oui, préciser :

Autonomie réduite : ☐ OUI ☐ NON Si oui, préciser :

Allergies : ☐ OUI ☐ NON Si oui, préciser :

Poids : kg / Taille : cm / IMC :

Traitement actuel : ☐ OUI ☐ NON Si oui, préciser :

Vaccinations à jour :

Éléments importants du mode de vie (famille, scolarité, vie sociale, suivi éducatif etc) :

Objectifs attendus de la prise en charge :

A

Le / / 20

Cachet du médecin :