

Partie réservée au bureau des admissions

Etiquette
Identification patient

Tampon date réception dossier

Tampon saisie dossier informatisé

Pour les demandes d'hospitalisation dans le service de psychiatrie de l'adolescent, ce document doit être impérativement co-remplé par un médecin psychiatre ou joindre un courrier du psychiatre

Nom du patient : Prénom :

Date de naissance : Age : Lieu de naissance :

Adresse où réside le patient :
.....
.....

Téléphone portable mère : Téléphone portable père :

Téléphone portable patient : Téléphone fixe :

Etudes en cours (préciser la classe si connue) :

DEMANDE MEDICALE COMPLETEE PAR : MEDECIN TRAITANT SPECIALISTE

Nom du médecin traitant :

Nom/spécialité du médecin spécialiste :

Le patient a déjà séjourné FSEF Vence « Cadrans Solaires » : Oui Non Ne sait pas

Si oui, merci de préciser les dates :

Type d'hospitalisation souhaité : Hospitalisation complète Hospitalisation de jour

Période souhaitée : Séjour Soins/Etudes Séjour vacances scolaires Séjour été (juillet/août)

Orientation de service :

Hospitalisation temps complet : (HTC)
 MPR Psy Médecine ado/TCA (14-20 ans)

Hospitalisation de jour : (HDJ)
 MPR Psy (10-20 ans) Médecine Enfant-ado/TCA (10-20 ans)

MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION/DIAGNOSTIC

HISTOIRE DE LA MALADIE**ANTECEDENTS PERSONNELS**

↳ Somatiques

↳ Psychiatriques

ANTECEDENTS FAMILIAUX**VACCINATIONS**

**SUIVI(S) ANTERIEUR(S) : médical/paramédical/psychiatrique/autre ➤ préciser dates, noms médecins/spécialité.
En cas d'hospitalisation antérieure, joindre les courriers et comptes-rendus.**

SUIVI(S) ACTUEL(S) ➤ préciser noms médecins/spécialité

ETAT SOMATIQUE

↳ Poids :

↳ Taille :

↳ BMI :

↳ Examen cardio-respiratoire

↳ Examen locomoteur

↳ Examen neurologique

↳ Puberté

↳ Autres (préciser)

ETAT PSYCHIQUE ACTUEL

EXAMENS COMPLEMENTAIRES RECENTS (biologie et autres) ➤ joindre la copie des résultats**TRAITEMENT ACTUEL****ALLERGIE(S) CONNUE(S) (médicaments, aliments, autres...)****CONTRE INDICATION MEDICAMENTEUSE*****Le médecin spécialiste référent s'engage à poursuivre le suivi du patient au terme de son hospitalisation***Coordonnées du médecin adresseur

↳ Nom :

↳ Adresse :

↳ Téléphone :

↳ Mail :

↳ MSS (Messagerie sécurisé de santé) :

Date :/...../.....

Signature :

Tampon lisible du médecin adresseur

**DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE
POUR ADMISSION EN SERVICE DE SOINS**

 VOLET N°1
destiné au
Médecin-Conseil
(service administratif)

(Article R. 166-3 du Code de la Sécurité sociale)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

 NUMÉRO
D'IMMATRICULATION (1)

 NOM-Prénom (suivi s'il y a lieu,
du nom de l'époux)

ADRESSE

ORGANISME D'AFFILIATION (1)

SITUATION DE L'ASSURÉ(E) A LA DATE DE LA DEMANDE :

 ACTIVITÉ SALARIÉE ACTIVITÉ NON SALARIÉE PENSIONNÉ(E)

 SANS EMPLOI ▶ Date de cessation d'activité :

 AUTRE CAS ▶ Lequel :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURÉ(E) :

 NOM-Prénom (suivi s'il y a lieu,
du nom de l'époux)

DATE DE NAISSANCE :

 LIEN AVEC L'ASSURÉ(E) Conjoint Enfant Autre membre de la famille

 Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)

 Exerce-t-il habituellement une activité professionnelle ou est-il titulaire d'une pension OUI NON

 S'agit-il d'un ACCIDENT OUI NON Si oui, date de cet accident :

 Si le malade est PENSIONNÉ DE GUERRE et si les soins concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case

(1) SE REPORTER A LA CARTE D'ASSURÉ SOCIAL

 La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque
se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.
(Articles L. 377-1 du Code de la Sécurité sociale, L. 441-1 du Code pénal)

 J'atteste sur l'honneur l'exactitude
des renseignements portés ci-dessus.

Signature de l'assuré(e)

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN-CONSEIL

 NOM et ADRESSE
de l'ÉTABLISSEMENT

Catégorie :

 AVIS SUR LE PLACEMENT DÉFAVORABLE FAVORABLE, pour une durée de :

CONTRE-INDICATIONS :

 EXONÉRATION TICKET MODÉRATEUR article L. 324-1 article L. 322-3,3° article L. 322-3,4°

 EXONÉRATION FORFAIT JOURNALIER OUI NON

DATE :

Signature et cachet du médecin

UCANSS - Edition 03/2019 - STI

CNAM 619-1-86

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN TRAITANT

CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL

Je prescris le placement de Mme, Mlle, M.

dans l'établissement ou le service suivant :

, pour une durée de :

Ce placement est-il en rapport avec un acte ou une série d'actes dont le coefficient global est égal ou

 supérieur à 50 OUI NON Dat de l'intervention :

 Renseignements médicaux justifiant la présente demande (état du malade, examens cliniques et complémentaires,
traitement médical et chirurgical) :

plier ici

Signature et cachet du médecin

Fais le :

à :

