

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

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 FAMILAUX**VACCINATIONS**

DEMANDE MEDICALE D'ADMISSION

PEC-FOR

N° 10929

Version 004

Page 3 sur 4

Clinique FSEF Vence

Liens thématiques HAS :

Parcours patient : Dispositif d'accueil du patient

**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 sécurisée de santé) :

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

Signature :

Tampon lisible du médecin adresseur

DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE
POUR ADMISSION EN SERVICE DE SOINSVOLET 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 ☐ NONS'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

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

Date 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