

FORMULAIRE DE PRE-ADMISSION MEDICALE HDJ (à compléter par le médecin)

MAISON DE SANTE: IPP : _____ Date : _____

Hôpital de jour

3 bis rue de l'Ardillière 94130 NOGENT SUR MARNE

Demande d'admission HDJ: 01 45 14 70 07 Accueil Général: 01 45 14 70 00 Fax : 01 45 14 70 23

Email : hopital-de-jour@clinique-nogent.com

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM : _____ NOM de naissance : _____

Prénom : _____ Email : _____

Date de naissance : _____ N° de Téléphone : _____

Adresse : _____

Nom et Prénom du proche aidant : _____ Numéro du proche aidant : _____

IDENTIFICATION DU MEDECIN ADRESSEUR Médecin traitant Psychiatre traitant Autre

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postale : _____ Ville : _____

N° de Téléphone : _____ Mail : _____

Nom et coordonnées médecin traitant (si différent du médecin adresseur) : _____

Nom et coordonnées psychiatre traitant (si différent du médecin adresseur) : _____

ELEMENTS PSYCHIATRIQUES

Hospitalisation à la demande de (plusieurs réponses possible) :

PATIENT PROPOSITION MEDICALE ENTOURAGE DU PATIENT

Le patient a déjà été hospitalisé à la Maison de Santé de Nogent sur Marne ? Oui Non

Le patient a déjà été hospitalisé dans une autre structure ? Oui (Joindre CRH) Non

Lieu : _____ Date : _____

Objectifs de l'hospitalisation :

Motif demande d'hospitalisation :

Antécédents psychiatriques :

Antécédents médicaux	Antécédents chirurgicaux
----------------------	--------------------------

Problème cardiaque ? Oui Non Si oui, nom du cardiologue : _____
 Existe-t-il une altération cognitive sévère ? Oui Non
 Le patient est-il atteint d'une maladie chronique ? Oui Non

Examen biologiques et radiologiques inférieurs à 6 mois

(joindre une copie des résultats si possible, notamment bilan métabolique, hépatiques et ECG)

Addictions : Non Oui Si oui : Tabac Alcool THC Médicament (Spécifiez) Autre toxique (Spécifiez)

Régime alimentaire : Non Oui Si oui : **Allergie :** Non Oui Si oui :

Risque de :

Chute	Trouble de la déglutition	Crise convulsive	Infection
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Activité physique : **Autonomie :** Se déplace seul Oui Non

Traitement actuel (joindre une copie de la dernière ordonnance) : _____

Gestion du traitement : Autonome Non-autonome
Observance du traitement : Bonne Moyenne Mauvaise

SITUATION SOCIALE

Situation familiale : Marié Concubinage Célibataire Divorcé Veuf
 Enfants Non Oui Age : _____ Tutelle/Curatelle

Situation professionnelle : En activité Chômage Retraité Invalidité

Profession : _____ Congés Maladie depuis le : _____

Le patient a-t-il un logement ? Oui Non Dans sa famille Dans un foyer Chez des amis

Date et signature du médecin demandeur

Validation par le psychiatre coordonnateur –
 MAISON DE SANTE DE NOGENT SUR MARNE

Pièces à fournir : Certificat d'aptitude sportive, CRH, Bilan biologique



QUESTIONNAIRE SOMATIQUE DE SANTÉ HOPITAL DE JOUR

Nature : Formulaire
Référence : FO/PEC/Parcours
patient/Questionnaire somatique HDJ
Numéro de version : 1
Page : 1/3

Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire de santé par votre médecin généraliste avant votre entrée afin de permettre l'évaluation de votre état de santé somatique.

NOM de naissance : _____

NOM d'usage : _____

PRENOM : _____

Date de naissance : _____

Date : ___/___/___

ANTECEDANTS/PATHOLOGIES/TROUBLES		OUI	NON	
Allergie	Si oui, laquelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poumons	Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	BPCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Embolie Pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Si oui, appareillé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cœur et vaisseaux	Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hypotension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Infarctus et/ou angor (angine de poitrine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Insuffisance Cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Troubles du rythme (Pacemaker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Phlébite (ATCD thrombo-embolique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hérédité cardio-vasculaire (ATCD familiaux : IDM H < 55 ans, F < 45 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Insuffisance veineuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poids	Cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Surcharge pondérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sang	Hypercoagulabilité : polyglobulie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Syndrome inflammatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Maladie thrombo-embolique connue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chirurgie < 3 mois : surtout membres inférieurs, urologique, carcinologique	Si oui, laquelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Endocrinologie	Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dyslipidémie = hypercholestérolémie et/ou hypertriglycéridémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gynécologie	Contraception/ traitement hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Grossesse/retard de règle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Post-partum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Digestif	Reflux Gastro Œsophagien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Troubles du transit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Trouble de la déglutition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Varices Œsophagiennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sérologies	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hépatites Préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hépatite B <input type="checkbox"/> Hépatite C <input type="checkbox"/>			
Rein	Insuffisance rénale chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Troubles mictionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurologie	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



QUESTIONNAIRE SOMATIQUE DE SANTÉ HOPITAL DE JOUR

Nature : Formulaire
Référence : FO/PEC/Parcours
patient/Questionnaire somatique HDJ
Numéro de version : 1
Page : 2/3

	Céphalées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Migraines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Début de démence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Accident Vasculaire Cérébral (AVC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ophthalmologie	Glaucome (angle fermé/ouvert) et autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orthopédie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rhumatologie	Maladie inflammatoire (à ajouter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cancer évolutif	Préciser (date, type, traitement en cours, rémission...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
État bucco-dentaire	Troubles dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Troubles de la mastication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ORL	Affection ORL connue (cancer ORL ou des VADS, diverticule de Zenker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Activité physique/sportive	Non (Sédentaire) <input type="checkbox"/> Activité physique < 3 x 30 minutes / 7 jours <input type="checkbox"/> Pratique sportive de loisirs <input type="checkbox"/> Pratique sportive soutenue <input type="checkbox"/>			
Addictions	<ul style="list-style-type: none">• Tabac : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> J'ai arrêté le tabac depuis : _____ Si oui, quel type : Cigarettes industrielles <input type="checkbox"/> Cigarettes roulées <input type="checkbox"/> Cigarettes tubées Vapoteuse Autres (préciser) : _____ Depuis quel âge : _____ ans Nombre de cigarettes (ou dosage de nicotine dans le e-liquide si vape) : _____• Alcool : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> J'ai arrêté l'alcool depuis : Si oui, quel type d'alcool (bière, vin, whisky...etc) ? Depuis quel âge : _____ ans Quelle quantité : _____• Cannabis : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> J'ai arrêté depuis : Si oui, depuis quel âge : _____ ans Quantité : _____• Héroïne : Consommation <input type="checkbox"/> Pas de consommation <input type="checkbox"/>• Cocaïne : Consommation <input type="checkbox"/> Pas de consommation <input type="checkbox"/>• Consommation d'autres substances psychoactives (cocaïne, héroïne, GHB, nouveaux produits de synthèse etc.) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quel produit ? Quantité : _____ Depuis quel âge : _____ ans• Addictions comportementales (jeux de hasard et d'argent, jeux vidéo, sexualité, pornographie, sport...etc.) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quel (s) comportement(s) : _____• Avez-vous des troubles du comportement alimentaire (TCA) ? (Anorexie, boulimie, hyperphagie boulimique...) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quel type ? _____			



QUESTIONNAIRE SOMATIQUE DE SANTÉ HOPITAL DE JOUR

Nature : Formulaire
Référence : FO/PEC/Parcours
patient/Questionnaire somatique HDJ
Numéro de version : 1
Page : 3/3

Facteurs de Risque iatrogènes

Avez-vous actuellement ou avez-vous déjà eu un traitement médical comportant l'un des éléments suivants ? (Cochez les réponses pertinentes)

- **Neuroleptiques (antipsychotiques)**
 - Effets indésirables observés (par exemple : rigidité musculaire, tremblements, prise de poids, sédation)
 - Antécédents de syndrome malin des neuroleptiques
 - Surveillance régulière (prise de sang, ECG, etc.) mise en place
- **Opioides (antalgiques opioides)**
 - Présence de signes de tolérance ou de dépendance
 - Effets secondaires (constipation, somnolence, troubles cognitifs, dépression respiratoire)
 - Utilisation prolongée ou hors cadre prescrit
- **Diurétiques**
- **Anticholinergiques**
- **Anti-diarrhéiques**

Vaccinations

Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle ? _____		
Grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COVID	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Examen clinique : douleur, autonomie, infection, apports hydriques, problèmes d'équilibre :

Conclusion et observation du médecin (A remplir par le médecin)

Date, Nom et signature du médecin généraliste :

