

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

MAISON DE SANTE: IPP : _____ Date : _____

IDENTIFICATION DU PATIENT

DATE de naissance : _____

NOM : _____

NOM de naissance : _____

Prénom : _____

N° de Téléphone : _____

Adresse : _____

Nom du proche aidant : _____ N° de Téléphone 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 Non

Lieu : _____ Date : _____

Objectifs de l'hospitalisation :

Motif demande d'hospitalisation :

Addictions : Non Oui Si oui : Tabac Alcool THC Médicament Autre toxique
Précisions :

Antécédents psychiatriques :

Tentative de suicide : Non Oui Date :

ELEMENTS SOMATIQUES

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

Problème cardiaque ? Oui Non

Si oui, date dernière consultation et nom du cardiologue : _____

Existe-t-il une altération cognitive sévère ? Oui Non

Le patient nécessite-t-il de l'O₂ ? Oui Non

Le patient est-il appareillé pour l'apnée du sommeil ? Oui Non

Le patient présente-t-il un état de dénutrition ? Oui Non

Le patient est-il atteint d'une maladie chronique ? Oui Non

Régime alimentaire : 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

Autonomie :

Marche seul	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Mange seul	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Toilette seul	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Elimination seul	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Activité physique : _____

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

Conciliation médicamenteuse – MAISON DE SANTE

SITUATION SOCIALE

Situation familiale : Marié Concubinage Célibataire Divorcé Veuf

Situation professionnelle : En activité Chômage Retraité Invalidité
 Congés maladie

Profession : _____ Le patient a-t-il un logement ? Oui Non

Tutelle/Curatelle : Non Oui Nom du contact : _____

Date et signature du médecin demandeur

Validation par psychiatre – MAISON DE SANTE DE NOGENT SUR MARNE