

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
 Oui Non | Oui Non | Oui Non | Oui 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