

# 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](mailto: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

 Oui  Non

Trouble de la déglutition

 Oui  Non

Crise convulsive

 Oui  Non

Infection

 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